



Servicios Clínicos de Trasplantes
Programa de Trasplantes de Riñón/Páncreas

Mail Code: CB569 • 3181 SW Sam Jackson Park Rd. • Portland, OR 97239-3098
 Tel: 503/494-8500 • Fax: 503/494-4492 • Toll free: 800/452-1369 x8500

****Por favor, completar todas las paginas y regresar a su Enfermera/o Coordinador****
Mantenga una copia para sus propios archivos ya que le preguntaremos acerca de su plan cuando lo llamemos para un trasplante

PLANEAR CON ATELACIÓN PARA SU TRASPLANTE DE RIÑÓN/PÁNCREAS

Estar bien preparado para un trasplante de riñón es la clave básica de tener éxito. Este formulario le ayudará a planificar los asuntos prácticos con respecto al trasplante y puede ayudar a que este tiempo de transición sea mucho menos estresante para usted y su familia. Usted recibirá un paquete titulado "Usted y su Riñón" en el momento de su inclusión en la lista de espera; revisar esta información cada dos meses aproximadamente mientras espera por su trasplante; manténgalo fácilmente disponible ya que lo necesitará cuando sea llamado para su trasplante.

Es esencial a informárselo al Programa de Trasplante de Riñón si hay cualquier cambio en sus planes más abajo.

Su Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cuando sea Llamado para su Trasplante

Cuando usted está en la lista de espera de donantes fallecidos, la llamada puede llegar en cualquier momento por lo que necesita estar preparado para salir de la casa en menos de una hora. Tendrá que haber hecho arreglos para sus hijos, mascotas, notificación al trabajo, etc... Si va en avión, tendrá que asegurarse de que tiene los horarios de las aerolíneas. Si va en carro, usted tendrá que tener un carro en buen funcionamiento con combustible disponible y debe asegurarse de tener un mapa y direcciones a OHSU. Usted debe traer una copia de su seguro médico y una tarjeta de cobertura de medicamentos / drogas cuando se dirija al trasplante. El Coordinador le pedirá que también traiga su lista de medicamentos si es aplicable.

- ¿Cómo se va a trasladar aquí? _____

- Si viene en avión, ¿tiene el dinero apartado? _____

- Si viene en carro, ¿quién va a manejar? _____

- ¿Quién es su chofer de reemplazo? _____

- ¿Cómo va a viajar aquí en caso de mal clima? (Marque todas las que corresponden) _____

Cadenas para las ruedas Ruedas de tracción (motrices) Salir más temprano y darse extra tiempo

Otro: _____

En el Hospital

Su estancia en el hospital podría ser tan corta como 4 días. Durante ese corto período de tiempo, usted necesitará recuperarse de la cirugía así como también aprender acerca de las rutinas y los medicamentos después del trasplante. Se requiere que su persona(s) de apoyo también aprenda esta información para que lo puedan ayudar después que salga del hospital. **A partir del día después del trasplante, su persona(s) de apoyo deberá estar disponible durante el día, de lunes a viernes, para asistir a las sesiones de educación programadas.** Por favor, tenga en cuenta que los miembros de la familia no se les permitirán quedarse durante la noche en su habitación del hospital durante su hospitalización debido al trasplante. Haga arreglos de vivienda alternativos para ellos según sea necesario.

¿Después de haber sido dado de alta, le permite su seguro médico el usar la Farmacia Ambulatoria de OHSU para sus medicamentos? (elige) SÍ NO

En caso de que NO, su persona de apoyo deberá ir a una farmacia fuera del hospital para obtener sus medicamentos un día o dos antes de que sea dado de alta.

Después del Alta del Hospital

Después de que sea dado de alta del hospital, usted tendrá que hacer viajes frecuentes a OHSU para sus pruebas de laboratorio y citas en la clínica. Usted no podrá conducir durante aproximadamente 4 semanas después de la cirugía.

Semanas 1 a 4 después del alta: Planifique que tendrá pruebas de laboratorio por lo menos 2 a 3 veces a la semana con extracción de sangre entre las 8 a.m. y 9 a.m. y al menos una cita en la clínica en la mañana cada semana. Planee estar en OHSU de 2 a 3 horas en los días de la clínica. Algunos pacientes todavía pueden requerir diálisis o visitas adicionales.

- ¿Quién es su chofer diario? _____

- ¿Quién / cuál es su plan secundario de transporte? _____

Transporte No Planificado – Cuando NO es una emergencia de 911

A veces puede que tenga que venir a OHSU de forma inesperada con carácter de urgencia después del trasplante (por ejemplo, si tiene fiebre alta a la 1 a.m.). El transporte público (autobús, tren ligero, etc..) no se considera transporte adecuado ya que está limitado al horario de operación. Si usa un taxi, asegúrese de tener fondos reservados para acceder a este servicio.

- ¿Quién sería su chofer o le facilitaría transporte para estas situaciones? _____

Vivienda y Comidas

Se requiere que usted esté a una distancia de menos de una hora de OHSU durante 4 semanas después del alta. ****Si usted recibe un trasplante de páncreas, tendrá que hacer planes para una estancia de 3 meses en el área de Portland.** OHSU no puede ofrecerle vivienda, comida ni transporte. OHSU *podría* ofrecer descuentos de alojamiento. Es **su** responsabilidad de desarrollar un plan realista, bien planificado para ese tiempo.

- ¿Dónde se va a quedar? _____
- ¿Con quien se va a quedar? _____
- ¿Habrá costos adicionales para su vivienda y comidas? (elige) SÍ NO En caso de responder si, ¿Cuánto dinero? \$_____
- ¿Tiene dinero apartado para estos gastos? (elige) SÍ NO ¿Cuánto? \$_____
- ¿Tiene beneficios con su seguro médico que cubra gastos de vivienda, comida y kilometraje?
 - (elige) SÍ NO En caso de responder si, ¿Cuánto? \$_____
 - ¿Cómo podría acceder a estos beneficios? _____

- ¿Está usted preparado a cubrir estos gastos además de los gastos de vivienda? (elige) SÍ NO

Manténgase Accesible

Su Coordinador después del trasplante podría llamarlo casi a diario por las primeras semanas con cambios en sus medicamentos, horario de pruebas de laboratorio, programar pruebas adicionales, etc...Tendremos que hablar con usted o dejar un mensaje que usted pueda responder rápidamente. Usted necesita tener una forma para que podamos dejarle un mensaje (contestador automático, correo de voz del teléfono celular, etc..) y usted tiene que estar dispuesto y ser capaz de revisar sus mensajes con frecuencia durante el día.

Equipo

Usted necesitará un **peso** (de cualquier tipo), un **termómetro** (digital de boca), y un **aparato electrónico para medir la presión arterial en el brazo** (no puede ser de muñeca ni de dedo) para que pueda controlarse a si mismo día a día después del trasplante. Si usted no estará en su casa después del alta, tendrá que traer esos artículos con usted cuando venga a OHSU para su cirugía.

- ¿Tiene usted estos equipos? (elige) SÍ NO

En caso de responder no, ¿Cuál es su plan para obtener estos equipos? _____

Restricción de Actividades

Usted tendrá restricción en cuando a la cantidad de peso que puede levantar después del trasplante. Durante las primeras 6 semanas, no puede levantar más de 10 libras. Durante las semanas 7 a 12 después del trasplante, no puede levantar más de 20 libras. Su(s) persona(s) de apoyo necesitará ayudarle con los quehaceres, lavandería, compras de supermercado, cuidado de niños, y otras actividades.

Programa de Laboratorio

Mes	Horario	Laboratorio de OHSU	Laboratorio Local
El alta – mes 3	Lunes – Jueves	X	
4 – 6	Lunes		X
7 – 12	Una semana si y una no		X
13 – 18	Una vez al mes		X
19 – 24	Cada 3 meses		X
25 – 36	Cada 4 meses		X
Después de 36	Cada 6 meses		X

Programa de Citas en Clínica

Tiempo	Médico de OHSU	Médico Local
Mes 1	Semanal	
Meses 2 y 3	Cada 2 – 3 semanas	Restablecer atención a los 3 meses; verse 1 – 2 semanas después del aniversario de 3 meses
Meses 4 – 12	Cada 3 meses	Como le indique su nefrólogo primario
Meses 13 – 18	A los 18 meses	
Meses 19 – 36	Cada 6 meses	
Después de 36	Anualmente	

ACUERDO DE LA PERSONA DE APOYO

Un trasplante de riñón exitoso requiere un compromiso no sólo del paciente y equipo del hospital pero también de los quien lo apoyan. Su sistema de apoyo puede incluir un esposo o otros miembros de su familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, la iglesia, u otras comunidades sociales. El Programa de Trasplantes de Riñón de OHSU requiere que usted identifique a una persona primaria de apoyo y una(s) persona(s) secundaria(s) de apoyo ya que tener un sistema de apoyo confiable le ayudará ser exitoso. Por favor lea este acuerdo cuidadosamente. No leer y no seguir todas las partes de este plan podría resultar su estatus de trasplante. **Es esencial que informe al Programa de Trasplante de Riñón si hay cualquier cambio en sus planes.**

Su persona de apoyo se compromete a:

- Acompañarle a la Clase de Educación de Trasplante (3 horas) y la Entrevista de Trabajo Social para el Trasplante (una hora).
- Acompañarle a cualquier cita médica en OHSU antes del trasplante, al menos que tenga otros arreglos con el Coordinador pre-trasplante. Esto se puede hacer 1 – 3 días antes.
- Coordinar con usted un plan para obtener transporte seguro a OHSU cuando le llaman para el trasplante.
- Estar disponible para usted hasta 24 horas por día por aproximadamente 1 – 3 meses después del alta del hospital.
- Asistir a sesiones educativas sobre el alta médica que se realizarán en OHSU con el Coordinador Trasplante y demostrar conocimiento del material que ha recibido (como llenar el pastillero, aprender sobre cuidados después del trasplante, etc.).
- Tener conocimientos y ser responsable sobre la administración de los medicamentos correctos en el momento correcto y las dosis correctas durante el período inicial después del alta. Ayudarle a seguir cualquier dieta especial, medir la presión arterial, peso, y temperatura corporal.
- Brindarle transporte, o coordinar su transporte seguro, a todas de las citas clínicas, laboratorios, y otras.
- Brindarle apoyo en planificar un plan de vivienda en Portland después del alta de OHSU.
- Brindarle apoyo en seguir los límites de levantamiento de peso (10 libras o menos por 6 semanas), tareas, preparación de la comida, ir de compras, hacer mandados, etc.
- Servir de contacto de comunicación con el Equipo Trasplante y llamar en caso de que atención medica sea necesaria.
- Ser atento a sus necesidades y dar aliento.
- Observar los cambios o los signos preocupantes sobre de su condición e informarlos al Equipo Trasplante.

Consejos útiles para los cuidadores

- ❖ Dormir, comer, y ejercitarse adecuadamente
- ❖ Conozca sus límites; solicite apoyo
- ❖ Descanse cuando pueda
- ❖ Relájese y ria
- ❖ Tenga una lista de preguntas para el Equipo Trasplante
- ❖ Haga una diagrama de cadena
- telefónica o correo electrónico para mantener informados a la familia y los amigos
- ❖ Busque apoyo cuando USTED lo necesita!

Persona Primaria de Apoyo:

Nombre _____
Relación _____
de teléfono _____
ciudad/estado _____

Persona de Apoyo

Secundaria (no se requiere la firma)

Nombre _____
Relación _____
de teléfono _____
ciudad/estado _____

Hemos leído la información en este documento y contestado las preguntas en la mejor de nuestras habilidades.

Como un paciente buscando un trasplante, me comprometo a notificar a mi Equipo de Trasplante sobre de cualquier cambio en mi plan.

Firma del paciente

Firma de persona primaria
de apoyo

Firma del personal de
trasplante

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____