

Clinical Transplant Services

Mail Code: CB569 • 3505 SW US Veterans
Hospital Rd. • Portland, OR 97239 -2966
Tel.: Tel.: 503/494-2246 • Fax: 503/494-4492
• Línea gratuita: 800/452-1369 x2246

Consentimiento informado para la evaluación del posible receptor de hígado

Como posible receptor de hígado, he asistido a la clase de información sobre el trasplante y he tenido la oportunidad de que respondan a mis preguntas. Me han proporcionado información relacionada con lo siguiente:

1. Tengo el derecho de negarme a recibir un trasplante en cualquier momento durante este proceso.
2. Los riesgos y los beneficios del trasplante. Los posibles riesgos pueden ser médicos o psicosociales.
3. Existen opciones de tratamientos alternativos para la enfermedad hepática en etapa terminal.
4. El proceso de evaluación previa al trasplante en OHSU incluye evaluaciones médicas y psicosociales.
5. Las contraindicaciones absolutas y relativas de OHSU con respecto al trasplante de hígado.
6. Los posibles factores de riesgo del donante del órgano, que incluyen 1) la historia clínica del donante, 2) el estado o la edad del órgano, 3) el posible riesgo de contraer el VIH u otras enfermedades infecciosas, si no se detecta la enfermedad en el donante infectado, pueden afectar el éxito del injerto o mi salud.
7. UNOS me permite transferir la antigüedad de mi tiempo de espera a cualquier lugar de EE. UU.
8. UNOS permite que los programas participen en listas múltiples, lo que significa que usted puede estar en las listas de varios centros. Habitualmente, OHSU no participa en listas múltiples.
9. Los datos en el momento de la inclusión en la lista y después del trasplante se notifican a UNOS con fines normativos.
10. El procedimiento quirúrgico, que incluye los riesgos de la cirugía, y la internación en el hospital, que incluye la recuperación y los planes y los apoyos posoperatorios.
11. Recibiré una medicación inmunosupresora (contra el rechazo) durante el tiempo que tenga el trasplante.
12. Los resultados más recientes nacionales y específicos de OHSU notificados por el informe específico del centro de SRTR, que incluyen la supervivencia a 1 año real y prevista del paciente de OHSU, la supervivencia a 1 año real y prevista del injerto de OHSU y la supervivencia a 1 año del paciente y del injerto a nivel nacional.
13. Si el trasplante no se realiza en un centro de trasplante aprobado por Medicare, eso podría impedir que yo reciba mi medicación inmunosupresora (contra el rechazo) cubierta en virtud de la Parte B de Medicare. OHSU es un centro de trasplante aprobado por Medicare.

Mediante mi firma a continuación, indico que he leído y entendido la información del consentimiento informado para el posible receptor de hígado. Deseo continuar con el proceso de evaluación de receptores de hígado.

Firma del posible receptor de hígado

(Fecha/hora)

/_____
Firma / Nombre en letra de molde
Testigo/relación con el posible receptor

(Fecha/hora)