



Información y Consentimiento Informado para donante válvulas cardíacas

Nombre del procedimiento Donante de válvulas cardíacas	Servicio de
Nombre del Centro de Salud	Edad del usuario
Nombre del donante	Nº de Identificación
Nombre del Familiar Donante	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento:

El corazón tiene cuatro válvulas, las cuales se abren para que la sangre fluya a través o hacia afuera del corazón, y luego se cierran para impedir que la sangre retorne, pero a veces no funcionan adecuadamente, y dependiendo de la gravedad de la lesión puede requerir una cirugía de reemplazo valvular, para que el paciente pueda vivir. En estos casos se puede requerir una válvula cardíaca donada por una familia de un paciente fallecido.

Para realizar la donación de válvulas cardíacas se lleva a cabo una cirugía en el pecho del paciente, por medio de la cual el profesional capacitado y autorizado, se encargará de extraer el tejido cardíaco donado. Este procedimiento se realiza siempre respetando las normas éticas y legales.

Para completar la donación del tejido, se tomará una muestra sanguínea del paciente para realizar pruebas de sangre, tales como HIV/SIDA, VDRL, Hepatitis B, Hepatitis C, Toxoplasma, Citomegalovirus, Chagas, HTLV, Grupo Sanguíneo y Rh.

Objetivo y beneficios esperables:

Esta cirugía se realiza para obtener la donación de válvulas cardíacas para ser trasplantadas a pacientes con una enfermedad valvular y pretende mejorar la condición médica de los pacientes que requieren de las válvulas cardíacas para sobrevivir.

Alternativas disponibles:

Al tratarse de una cirugía de donación la alternativa disponible es no realizar la cirugía. No tendrá ninguna consecuencia negativa si toma esa decisión.

Consecuencias previsibles:

A raíz del procedimiento de donación del tejido cardíaco, usted observará en el pecho de su familiar una cicatriz por la cirugía realizada.

Riesgos:

Su familiar no correrá ningún riesgo, debido a que ya se encuentra fallecido.



Información de interés:

Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con la donación o no. Aceptar realizar la donación no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

En caso que el donante no esté relacionado (por consanguinidad o emocionalmente, según lo establecido por la ley 9222 y el reglamento respectivo) con un receptor, es necesario que conozca lo siguiente: El Programa Nacional de Trasplantes determinará, de una única lista de personas en espera de ser trasplantados, quién va a recibir cada órgano o tejido donado. El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor y que, es prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice esta donación, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario.

Dudas planteadas por el paciente:

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:

Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento recomendado?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del representante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	



_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma Identificación	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.		
_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma Identificación	Fecha