



Consentimiento Informado para donación de válvulas cardíacas

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
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 se devuelva; sin embargo, a veces no funcionan adecuadamente y, dependiendo de la gravedad de la lesión, podría ser necesario realizar una cirugía de reemplazo valvular, para que el paciente pueda vivir. En estos casos se puede requerir una válvula cardíaca donada por una persona fallecida.

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 retira el tejido cardíaco donado. Este procedimiento se realiza siempre respetando las normas éticas y legales.

Para completar la donación del tejido, se debe tomar una muestra sanguínea del paciente, para hacer pruebas de sangre, tales como VIH/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 habrá ninguna consecuencia negativa en caso de tomarse esta 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 quiere continuar con la donación o no, sin consecuencias negativas. Aceptar realizar la donación de los órganos o tejidos de su familiar no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

El equipo de trasplantes tomará las precauciones para mantener la confidencialidad del donante y el receptor, como familiares del donador, es importante que ustedes cumplan también con la confidencialidad del proceso.

Está prohibido recibir regalos, dinero o presiones por parte de otras personas para que usted autorice la cirugía o para que le donen órganos, ya que se trata de un acto voluntario, de buena fe y solidario. En caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida



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 dado sobre mi familiar fallecido es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente lo relacionado con la donación de tejidos: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la donación y que según lo establecido en la Ley General de VIH/SIDA, para los procesos de donación y trasplante es obligatoria la realización de la prueba de VIH del donante.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta realizar la donación de tejidos? / ¿Avala la decisión de su familiar fallecido de realizar la donación de tejidos?		(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____ Hora	
_____ Firma o huella del representante (si procede)	_____ Fecha	_____ Hora	
_____ Firma del profesional que informa	_____ Fecha	_____ Hora	
_____ Firma del profesional que realiza la intervención	_____ Fecha	_____ Hora	

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.



_____ Nombre de la persona a la que se delega	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 1	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: 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 o intervención que había autorizado.			
_____ Nombre del usuario o del representante (si procede)	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha