

**Lista de verificación de educación del paciente para su inclusión en la lista de espera de trasplante**

HIM #: 1246s

Page 1 of 5

Place Patient label/Info here

Me están evaluando para un trasplante de:

- RIÑÓN     
  PÁNCREAS     
  HÍGADO     
  PULMÓN     
  CORAZÓN

Entiendo y acepto lo siguiente tal como me lo explicó mi equipo médico (favor de colocar sus iniciales en la casilla de cada declaración):

**Esta sección debe completarse antes de comenzar la evaluación.**

Yo entiendo lo que el proceso de evaluación exige y estoy de acuerdo en someterme a una evaluación para identificar si soy un posible candidato para el trasplante. Como parte de la evaluación, yo entiendo que:

- Me deben hacer una serie de pruebas y consultas para determinar si soy un candidato para trasplante.
- El equipo de trasplante es responsable de ayudarme a programar las pruebas necesarias y las consultas.
- Yo soy responsable de asistir a las citas programadas. Si no puedo asistir, soy responsable de dejarle saber a un miembro de mi equipo de trasplante.
- Una vez que haya completado todas las pruebas y consultas, el equipo de trasplante utilizará los resultados de la evaluación para tomar una decisión sobre si el trasplante es una buena opción para mí. La decisión puede ser:
  - Soy un candidato para trasplante y me agregarán a la lista de espera.
  - No soy un candidato para trasplante como tratamiento.
  - Se necesitan más pruebas para determinar si soy un candidato o no.
- El equipo de trasplante me comunicará la decisión por escrito.
- Si me agregan a la lista de espera y mi salud o estado financiero cambian, puede que me evalúen de nuevo, me pongan en estado de suspensión o me quiten de la lista de espera.

Yo entiendo que entre las **opciones de tratamiento alternativo** al trasplante se puedan incluir el control médico continuo, ningún otro tratamiento o las opciones de tratamiento del órgano específico descritas en la tabla siguiente (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> <b>Trasplante de riñón</b>	<input type="checkbox"/> <b>Páncreas Trasplante</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hígado Trasplante</b>	<input type="checkbox"/> <b>Corazón Trasplante</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pulmón Trasplante</b>
Diálisis, diálisis peritoneal, tratamiento paliativo o centro para enfermos terminales.	Trasplante de las células del islote pancreático, tratamiento de medicamentos, tratamiento paliativo o centro para enfermos terminales.	Trasplante de hepatocitos, trasplante parcial de hígado, tratamiento de medicamentos, tratamiento paliativo o centro para enfermos terminales.	Dispositivo de asistencia ventricular, corazón artificial, tratamiento paliativo o centro para enfermos terminales.	Pulmón artificial, terapia de células progenitoras, reducción de volumen del pulmón, tratamiento paliativo o centro para enfermos terminales.

Yo entiendo que los **posibles riesgos psicosociales** relacionados con el trasplante incluyen, pero no se limitan a: depresión, trastorno por estrés postraumático y ansiedad generalizada. Es posible que también tenga



**Lista de verificación de educación del paciente para su  
inclusión en la lista de espera de trasplante**

**HIM #: 1246s**

Page 2 of 5

Place Patient label/Info here

ansiedad relacionada a la dependencia de otras personas o sentimientos de culpa. Es posible que me sienta preocupado por la posibilidad de obtener o no seguro médico, de incapacidad o de vida en el futuro.

Yo entiendo que las **posibles complicaciones médicas y quirúrgicas** relacionadas con el trasplante incluyen, pero no se limitan a: hemorragia que requiera transfusión de sangre, infección, separación de la herida, entumecimiento alrededor de la zona de la incisión, acumulación de líquidos en el órgano trasplantado o alrededor de este, coágulos de sangre, neumonía, rechazo o insuficiencia del órgano trasplantado que pueda conllevar la necesidad de un nuevo trasplante, ritmo cardíaco atípico, colapso cardiovascular, uso de medicación de por vida para suprimir el sistema inmunitario, insuficiencia de varios órganos. Entre los riesgos poco comunes de cualquier operación que se lleva a cabo con anestesia general incluyen infarto al miocardio, accidente cerebrovascular y la muerte.

Yo entiendo que el Scientific Registry for Transplant Recipients (SRTR) publica los resultados actuales de pacientes, tasas de supervivencia y tiempo de espera promedio en Internet de cada programa de trasplante en [www.srtr.org](http://www.srtr.org). Un miembro del equipo de trasplante explicó cómo puedo usar esta información y a quién contactar para hacer preguntas.

Me han entregado los datos del SRTR con fecha de publicación de \_\_\_\_\_.  
escriba el mes y año

Entiendo que, antes del trasplante, se hace el esfuerzo de encontrar los **riesgos que pudiera acarrear el donante**. Estos riesgos pueden incluir, pero no se limitan a: los antecedentes del donante, la afección o la edad del órgano utilizado y enfermedades infecciosas no detectadas. Al donante se le hacen muchas pruebas para buscar estos riesgos. Es poco frecuente transmitir cualquier enfermedad a través del órgano donado, pero es posible. Algunos ejemplos de ello pueden ser: infecciones bacterianas, infecciones virales, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), infecciones fúngicas y células cancerosas.

Entiendo que algunos donantes puedan tener criterios de riesgo de infecciones agudas por VIH, virus de hepatitis B (VHB) y virus de hepatitis C (VHC) según los **Servicios de salud pública (Public Health Services, PHS)**. Mi equipo de trasplante me informará sobre cualquier riesgo que pudiera afectar el resultado de mi trasplante al momento del ofrecimiento. Tengo la posibilidad de elegir si quiero aceptar el ofrecimiento o no.

Yo entiendo que NO estaré en la lista de espera de trasplante hasta que yo complete todo el proceso de evaluación para el trasplante y reciba una notificación de parte de mi coordinadora de trasplantes que diga que mi nombre se ha incluido en la lista de espera o que se ha decidido no incluirme en dicha lista de espera y el motivo de dicha decisión.



**Lista de verificación de educación del paciente para su  
inclusión en la lista de espera de trasplante**

**HIM #: 1246s**

Page 3 of 5

Place Patient label/Info here

<b>Nombre del paciente (en letra de molde):</b>		
<b>Firma del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Si corresponde, nombre del representante autorizado del paciente (por favor, en letra de molde):</b>		
<b>Si corresponde, firma del representante autorizado del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Nombre de la enfermera coordinadora de trasplante (en letra de molde):</b>		
<b>Firma de la enfermera coordinadora:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>



**Lista de verificación de educación del paciente para su inclusión en la lista de espera de trasplante**

**HIM #: 1246s**

Page 4 of 5

Place Patient label/Info here

<b>Esta sección debe completarse durante mi evaluación.</b>
Yo he recibido, revisado y entiendo el manual(s) educativo(s) sobre el trasplante del órgano específico.
Me entregaron el manual «Preguntas y respuestas sobre listas <b>múltiples y transferencia del tiempo de espera</b> para candidatos a trasplantes y sus familias» de la Red Unida para la Compartición de Órganos, (United Network for Organ Sharing, UNOS). Yo entiendo que puedo elegir que pongan mi nombre en la lista de espera de varios centros y es posible que tengan que hacerme más pruebas. También entiendo que cada centro decidirá si me pueden incluir en su lista de espera.
Yo entiendo que la cirugía de trasplante es un procedimiento electivo que tiene riesgos. Me informaron acerca de los <b>riesgos</b> específicos de la cirugía de trasplante de mi órgano y los riesgos futuros asociados con el uso de medicamentos para trasplantes.
Entiendo el <b>procedimiento quirúrgico</b> como me lo explicó un cirujano de trasplantes e incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El procedimiento quirúrgico a realizar.</li> <li>• Los riesgos quirúrgicos específicos de ese procedimiento.</li> <li>• Cómo se espera que la cirugía mejore mi salud o calidad de vida.</li> <li>• el tiempo previsto que estaré hospitalizado después de la cirugía.</li> <li>• el tiempo previsto de recuperación.</li> <li>• Cuando puedo volver a las actividades diarias normales.</li> </ul>
Yo entiendo que mi equipo de trasplantes <b>no puede predecir</b> cuándo estará disponible el próximo órgano para mí.
Yo entiendo que tengo <b>derecho a rehusar un trasplante</b> en CUALQUIER momento. Si rehúso un ofrecimiento de trasplante, no afectará mi estado en las listas de espera.
Yo entiendo que, si me incluyen en la lista de espera para recibir un trasplante, <b>debo cumplir las metas del equipo de trasplantes. (Me han explicado estas metas. Si no logro alcanzarlas, entonces es posible que me quiten de la lista de espera)</b>
Yo entiendo que deberé tomar medicamentos para evitar infecciones, para evitar el rechazo del órgano y para tratar otros problemas de salud como presión arterial alta o nivel alto de azúcar en la sangre. <b>No cambiaré mis medicamentos</b> sin antes hablar con mi coordinadora de trasplante o el médico.
Yo entiendo la necesidad de recibir <b>cuidado continuo después</b> del trasplante. Estos cuidados incluyen, entre otros, biopsias, medicamentos, exámenes de laboratorio y visitas de seguimiento al Centro de Cuidados de Trasplante de UNC Health Care. Es importante que yo siga las instrucciones de mi equipo de trasplante. Si no me es posible seguir con el plan de tratamiento que me hayan dado. Me comunicaré con el equipo de trasplantes.
He recibido la información correspondiente y entiendo mis <b>responsabilidades económicas</b> , incluyendo, pero no limitadas a: gastos por cuenta propia, gastos de los medicamentos, requisitos por parte del seguro médico y opciones de cómo recaudar fondos.
Yo entiendo que si no recibo el trasplante en un establecimiento certificado por Medicare, es posible que no obtenga los <b>beneficios de Medicare (Parte B)</b> para los medicamentos antirrechazo.



**Lista de verificación de educación del paciente para su inclusión en la lista de espera de trasplante**

**HIM #: 1246s**

Page 5 of 5

Place Patient label/Info here

Yo entiendo que todos los programas de trasplante cuentan con médicos, cirujanos y enfermeras coordinadoras de trasplantes, las **24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año**. Yo entiendo que el Centro de Cuidados de Trasplante, UNC Health Care Center for Transplant Care, está disponible para aceptar ofertas de órganos en mi nombre, realizar trasplantes y brindar atención después del trasplante. Además, entiendo que el Centro de Cuidados de Trasplante, UNC Health Care Center for Transplant Care, tiene un cirujano primario y un médico de cabecera designados para cada programa de trasplante de órganos, pero ninguno de los programas es un programa de un solo cirujano, por lo que hay otros cirujanos disponibles.

Yo entiendo que mi rutina diaria puede verse interrumpida con poca o ninguna advertencia por un evento catastrófico, como un terremoto, un tornado o una inundación. Es posible que la ayuda no siempre esté disponible, por lo que la **preparación para emergencias es fundamental**. Yo entiendo que establecer un plan de emergencia es especialmente importante ya que tengo una enfermedad crónica, soy un receptor de trasplante de órgano o tengo necesidades médicas especiales, como oxígeno o equipo que depende de la energía eléctrica. Yo acepto que al crear mi plan personal de emergencia, consideraré lo siguiente:

- Preparar un botiquín de suministros de emergencias.
- Tener a mano una lista actualizada de los medicamentos y reservas de medicamentos para un mes si es posible.
- Crear un plan de evacuación personal.
- Recopilar la información personal importante.
- Estar seguro de que mi equipo de atención médica sepa cómo contactarme.

Si tengo una pregunta acerca de mis cuidados médicos, yo entiendo que siempre debo llamar primero al Centro de Cuidados de Trasplantes (Center for Transplant Care) de UNC Health Care. Sin embargo, para la información general relacionada con el trasplante de órganos, entiendo que puedo llamar a la Red Unida para la Compartición de Órganos (UNOS, por sus siglas en inglés) a la línea gratuita de atención a los pacientes al **1-888-894-6361**.

**Respondieron mis preguntas sobre el trasplante** y sé que puedo llamar a mi coordinadora de trasplantes en cualquier momento si tuviera más preguntas.

**Si el equipo de trasplante del Centro de Cuidados de Trasplante, UNC Health Care Center for Transplant Care, me aprueba para recibir el trasplante, yo solicito que mi nombre se incluya en la lista de espera de trasplantes UNOS.**

**Nombre del paciente (en letra de molde)**

<b>Firma del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
----------------------------	---------------	--------------

**Si corresponde, nombre del representante autorizado del paciente (por favor, en letra de molde):**

<b>Si corresponde, firma del representante autorizado del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
---	---------------	--------------

**Nombre de la enfermera coordinadora de trasplante (en letra de molde):**

<b>Firma de la enfermera coordinadora de trasplante:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
--	---------------	--------------

