



Osakidetza  
Servicio vasco de salud

Eusko Jaurlaritzako  
Erakunde Autonomiaduna  
Organismo Autónomo  
del Gobierno Vasco

GURUTZETAKO OSPITALEA  
HOSPITAL DE CRUCES

## CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASPLANTE HEPATICO

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

Nº HISTORIA

EDAD

CAMA

SERVICIO

### A.- IDENTIFICACION

1.- NOMBRE TECNICO DE LA INTERVENCION A REALIZAR : Trasplante ortotópico hepático

TIPO DE ANESTESIA : GENERAL

DECLARACION DEL PACIENTE. Dn.

- 1.- Se me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de esta operación. También se me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento (dieta, medicación y tratamiento sintomático médico-quirúrgico). Además se me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que se me va a aplicar. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la operación sea el más satisfactorio. Comprendo perfectamente que la operación va a consistir más o menos en lo siguiente:

Apertura de la cavidad, aislamiento de arterias, venas y conductos biliares (maniobras que pueden requerir la administración de importantes cantidades de sangre y productos derivados, usándose con frecuencia bombas de impulsión, circuitos y en algunas ocasiones el instrumental necesario para circulación extracorpórea), extracción del hígado enfermo, colocación del hígado donante, unión con puntos de la arteria, venas y vía biliar y cierre de la incisión quirúrgica y que los riesgos posibles más importantes durante la operación y en el postoperatorio son:

Hemorragias, fallo en la función del injerto, obstrucción de las uniones arteriales, venosas y biliares, rechazo, complicaciones cerebrales (trombosis, hemorragia), complicaciones respiratorias, complicaciones infecciosas, complicaciones renales (insuficiencia), complicaciones digestivas (fístulas, obstrucciones) y efectos secundarios de la medicación antirrechazo. Para diagnóstico y control puede ser necesario realizar biopsia hepática, arteriografía, cirugía e incluso trasplante. Soy consciente de que algunas complicaciones no controladas pueden ocasionar la muerte.

- 2.- Doy mi consentimiento para que se me realice la operación descrita arriba y las operaciones complementarias que sean necesarias o convenientes durante la realización de esta, a juicio de los profesionales que la llevan a cabo.
- 3.- Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.
- 4.- Doy mi consentimiento para que se administre durante la operación la cantidad de sangre y productos derivados que los facultativos estimen oportuno.
- 5.- Se que se pueden tomar fotografías o filmaciones de la operación y que posteriormente pueden ser vistas por personal en formación de este u otro hospital. Doy mi consentimiento para que se tomen esas fotografías o videos. También doy mi consentimiento para que a la operación asista como observador personal autorizado. Pero debe cumplirse que: a) No se empleara ni el nombre del paciente ni el de su familia para identificar las fotos o videos, b) Su uso se limitará a propósitos didácticos o investigadores.
- 6.- Doy mi consentimiento para que en caso de mi fallecimiento se lleve a cabo estudio necrópsico.

7.- En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones ( Si no se acepta alguno de los otros puntos hágase constar ).

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MIS DATOS SEAN  
INCLUIDOS EN LA BASE DE DATOS PARA LA REALIZACION  
DE ESTUDIOS POSTERIORES.

Firma del paciente

## B.- DECLARACION Y FIRMAS

### 1.- CIRUJANO RESPONSABLE :

He informado a este paciente el propósito y naturaleza de la operación descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma del cirujano responsable

### 2.- TUTOR LEGAL O FAMILIAR :

Se que el paciente Dn./ Dña. \_\_\_\_\_  
ha sido considerado, por ahora, incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar la cirugía descrita arriba, o sea ha sido declarado incompetente. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve esta operación. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO Dn. / Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_  
doy mi consentimiento para que el Dr. \_\_\_\_\_ y el personal auxiliar que precise \_\_\_\_\_  
le realicen esta operación. Puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno.

Firma del tutor / familiar

## D.- LUGAR Y FECHA :

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE :

1.- NOMBRE : \_\_\_\_\_

2.- EDAD : \_\_\_\_\_

3.- HISTORIA CLINICA Nº : \_\_\_\_\_