



## HOJA INFORMATIVA, CONSENTIMIENTO Y RATIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA PARA PACIENTES CON CAPACIDAD PARA CONSENTIR

### A DATOS DEL/LA PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		NIF/NIE
DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALIDAD
PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

### B DATOS DEL/LA PROFESIONAL QUE INFORMA

APELLIDOS		NOMBRE		NIF
PROFESIÓN	COLEGIACIÓN Nº	CENTRO DE TRABAJO		

### C INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA

Los cuidados orientados a la donación (COD) son el conjunto de pruebas diagnósticas y medidas de tratamiento necesarias para evaluar la idoneidad de un posible donante y, en caso de serlo, preservar que los órganos sean aptos para el trasplante. Su objetivo primordial proporcionar cuidados y tratamientos para evitar el dolor, la ansiedad y el sufrimiento psicológico y físico mediante la sedación y la analgesia que aseguren su bienestar, al tiempo que se garantiza la donación de órganos.

Estas medidas, que se llevarán a cabo tras la sedación paliativa y por tanto sin dolor o molestia para el paciente, incluyen:

- La intubación orotraqueal programada con conexión a un respirador.
- La introducción de unos catéteres en la arteria y la vena femorales, antes o después del fallecimiento. A través de estos catéteres, después del fallecimiento, se administrarán líquidos o sangre oxigenada que preservarán los órganos para su posterior trasplante.
- Administración de un medicamento, la heparina, para evitar la formación de coágulos dentro de los vasos que impedirían el posterior trasplante de los órganos.

Las pruebas diagnósticas consisten en radiografías, ecografía, TAC, análisis de sangre y toma de cultivos. El tiempo necesario para llevar a cabo estas pruebas y conocer los resultados definitivos oscila entre 24 y 48 horas desde su ingreso. En el caso de que se encuentre en su domicilio, la intubación orotraqueal programada con conexión a un respirador será valorada antes de su traslado al hospital por el médico del servicio de emergencias extrahospitalario y, en el caso de que se encuentre ingresado en el hospital, será valorada por el médico de UCI.

Su familia o personas allegadas recibirán todo el apoyo necesario y tendrán la opción de acompañarle.

#### RETIRADA DE LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL

La retirada del tubo orotraqueal y de otras medidas de soporte vital se realizará en unidad de críticos o en quirófano, con la sedación y la analgesia que sean necesarias para garantizar de manera absoluta su confort. Su familia tendrá la opción de estar presente acompañándole hasta que fallezca.

Es importante aclarar que es muy difícil predecir el tiempo que transcurre desde la retirada de todos los tratamientos hasta el fallecimiento. Si transcurriera demasiado tiempo, no podría ser donante de órganos. Si esto ocurriera, se continuarían todas las medidas de tratamiento encaminadas a dar confort (sedación y analgesia) y su familia estaría con usted hasta su fallecimiento en el lugar más idóneo para mantener los cuidados paliativos de final de vida.

En el caso de los posibles donantes fallecidos con diagnóstico de enfermedad neurodegenerativa, no es posible la donación de tejidos.

### D CONSENTIMIENTO DEL/LA PACIENTE

Yo, el/la paciente indicado/a en el apartado A, **DECLARO** que:

- Expreso de forma libre y voluntaria el deseo de ser donante de órganos en el caso de que se produzca mi fallecimiento por parada cardiorrespiratoria.
- He recibido información y la he comprendido por la persona responsable de la Coordinación de Trasplantes del proceso de donación en asistolia controlada y he reflexionado y comprendido el contenido de la hoja informativa sobre Donación en Asistolia Controlada.
- Sé que este proceso de donación solo puede llevarse a cabo mediante el ingreso del paciente en un servicio hospitalario en el que recibiré la sedación y analgesia necesarias para mi confort además de aquellas medidas orientadas a preservar la posibilidad de donar órganos para su ulterior trasplante.
- Sé que durante el ingreso me administrarán sedación y analgesia con el objetivo de alcanzar el máximo confort hasta el fallecimiento.



HOJA INFORMATIVA, CONSENTIMIENTO Y RATIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA PARA PACIENTES CON CAPACIDAD PARA CONSENTIR

D CONSENTIMIENTO DEL/LA PACIENTE

- Sé que podrá ser necesario realizar procedimientos como intubación orotraqueal y conexión a un respirador, antes de ingresar en el hospital o una vez ingresado, tras la valoración por parte del médico de emergencias (en caso de traslado desde el domicilio por el servicio de emergencias) o de mi médico responsable en el hospital.
- Sé que pueden ser necesarios otros procedimientos como la introducción (previa o posterior al fallecimiento) de catéteres en la arteria y la vena femoral o medicación específica destinados a preservar adecuadamente los órganos destinados al trasplante.
- He recibido información de la posibilidad de que, tras la retirada del tubo orotraqueal, aunque se produzca el fallecimiento, la donación de órganos podría no producirse dentro del límite de tiempo que permite el trasplante posterior.
- Una vez concluida la cirugía, he sido informado de que me garantizan la correcta imagen del cuerpo, que será puesto a disposición de mi familia o personas allegadas para proceder con el rito funerario que prefiera.
- He recibido información de que mi familia o personas allegadas podrán acompañarme, si así lo desean, durante todo el proceso hasta mi fallecimiento.
- He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.
- Sé que en el caso de los posibles donantes fallecidos con diagnóstico de enfermedad neurodegenerativa, no es posible la donación de tejidos.
- Considero adecuada y suficiente la información recibida y sé que en cualquier momento puedo revocar libremente mi consentimiento.

E AUTORIZACIÓN DEL/LA PACIENTE

En consecuencia de la declaración expresada a l'apartat D, yo, el/la paciente indicado/a en el apartado A, AUTORIZO:

- [ ] La realización de los procedimientos indicados y la administración de los medicamentos oportunos para la adecuada conservación de los órganos.
[ ] La obtención de todos los órganos que sean válidos para que sean trasplantados siguiendo los requisitos que establece la legislación vigente (Ley 30/1979, de 27 de octubre y Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre).
[ ] En el caso de oposición específica para la obtención de algún órgano o tejido, se especificará a continuación

Empty rectangular box for specifying opposition to organ or tissue donation.

F FIRMA DEL/LA PACIENTE Y DEL/LA PROFESIONAL QUE INFORMA

Y, para que así conste, firmamos el/la paciente indicado/a en el apartado A y el/la profesional que informa indicado/a en el apartado B:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_
El/La paciente

Firma: \_\_\_\_\_
El/La profesional que informa



HOJA INFORMATIVA, CONSENTIMIENTO Y RATIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA PARA PACIENTES CON CAPACIDAD PARA CONSENTIR

G REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, el/la paciente indicado/a en el apartado A, REVOCO el presente consentimiento, prestado en fecha [ ] y deseo que no se proceda a la obtención de ningún órgano ni tejido.

Y, para que así conste, firmamos el/la paciente indicado/a en el apartado A y el/la profesional que informa indicado/a en el apartado B:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ El/La paciente

Firma: \_\_\_\_\_ El/La profesional que informa

H RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

EN CASO QUE EL/LA PACIENTE TENGA CAPACIDAD PARA RATIFICAR

Yo, el/la paciente indicado/a en el apartado A, DECLARO que mantengo y ratifico el presente consentimiento, prestado en fecha [ ]

Y, para que así conste, firmamos el/la paciente indicado/a en el apartado A y el/la profesional que informa indicado/a en el apartado B:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ El/La paciente

Firma: \_\_\_\_\_ El/La profesional que informa

EN CASO QUE EL/LA PACIENTE NO TENGA CAPACIDAD PARA RATIFICAR

Table with 3 columns: APELLIDOS DEL/LA REPRESENTANTE, NOMBRE DEL/LA REPRESENTANTE, NIF/NIE

Yo, el/la representante indicado/a en este apartado, DECLARO conocer el consentimiento para la donación prestado por el/la paciente indicado/a en el apartado A en fecha [ ], que se ha mantenido hasta el momento en que ha sobrevenido la situación de incapacidad de hecho que le impide manifestarlo así en este moment.

Y, para que así conste, firmamos el/la representante indicado/a en este apartado y el/la profesional que informa indicado/a en el apartado B:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ El/La representante

Firma: \_\_\_\_\_ El/La profesional que informa



## HOJA INFORMATIVA, CONSENTIMIENTO Y RATIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA PARA PACIENTES CON CAPACIDAD PARA CONSENTIR

### I INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

**Nombre de la actividad de tratamiento:** Hoja informativa, consentimiento y ratificación de los cuidados orientados a la donación en asistolia controlada para pacientes con capacidad para consentir.

**Finalidad del tratamiento:** Gestión de la hoja informativa, consentimiento y ratificación de los cuidados orientados a la donación en asistolia controlada para pacientes con capacidad para consentir.

**Identidad del responsable del tratamiento:** Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**Legitimación:** RPDG 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Artículo 15 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

**Derechos de las personas interesadas:** Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace: [http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id\\_proc=19970](http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970)

**Más información:** Podrá consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd@gva.es](mailto:dpd@gva.es).