



FULL INFORMATIU, CONSENTIMENT I RATIFICACIÓ DE LES CURES ORIENTADES A LA DONACIÓ EN ASISTOLIA CONTROLADA PER A PACIENTS AMB CAPACITAT PER A CONSENTIR

A DADES DEL/LA PACIENT

COGNOMS	NOM	NIF/NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)	CP	LOCALITAT
PROVÍNCIA	TELÈFON	ADREÇA ELECTRÒNICA

B DADES DEL/LA PROFESSIONAL QUE INFORMA

COGNOMS	NOM	NIF
PROFESSIÓ	COL·LEGIACIÓ NÚM.	CENTRE DE TREBALL

C INFORMACIÓ SOBRE LES CURES ORIENTADES A LA DONACIÓ EN ASISTOLIA CONTROLADA

Les cures orientades a la donació (COD) són el conjunt de proves diagnòstiques i mesures de tractament necessàries per a avaluar la idoneïtat d'un possible donant i, en cas de ser-ho, preservar que els òrgans siguin aptes per al trasplantament. El seu objectiu primordial proporcionar cures i tractaments per a evitar el dolor, l'ansietat i el sofriment psicològic i físic mitjançant la sedació i l'analgèsia que asseguren el seu benestar, al mateix temps que es garanteix la donació d'òrgans.

Aquestes mesures, que es duren a terme després de la sedació pal·liativa i per tant sense dolor o molèstia per al pacient, inclouen:

- La intubació orotraqueal programada amb connexió a un respirador.
- La introducció d'uns catèters en l'artèria i la vena femorals, abans o després de la defunció. A través d'aquests catèters, després de la defunció, s'administraran líquids o sang oxigenada que preservaran els òrgans per al seu posterior trasplantament.
- Administració d'un medicament, l'heparina, per a evitar la formació de coàguls dins dels gots que impedirien el posterior trasplantament dels òrgans.

Les proves diagnòstiques consisteixen en radiografies, ecografia, TAC, anàlisi de sang i presa de cultius. El temps necessari per a dur a terme aquestes proves i conèixer els resultats definitius oscil·la entre 24 i 48 hores des del seu ingrés. En el cas que es trobe en el seu domicili, la intubació orotraqueal programada amb connexió a un respirador serà valorada abans del seu trasllat a l'hospital pel metge del servei d'emergències extrahospitalari i, en el cas que es trobe ingressat a l'hospital, serà valorada pel metge d'UCI.

La seua família o persones reunides rebran tot el suport necessari i tindran l'opció d'acompanyar-li.

RETIRADA DE LES MESURES DE SUPORT VITAL

La retirada del tub orotraqueal i d'altres mesures de suport vital es realitzarà en unitat de crítics o en quiròfan, amb la sedació i l'analgèsia que siguin necessàries per a garantir de manera absoluta el seu confort. La seua família tindrà l'opció de ser present acompanyant-li fins que muira.

És important aclarir que és molt difícil predir el temps que transcorre des de la retirada de tots els tractaments fins a la defunció. Si transcorreguera massa temps, no podria ser donant d'òrgans. Si això ocorreguera, es continuarien totes les mesures de tractament encaminades a donar confort (sedació i analgèsia) i la seua família estaria amb vosté fins a la seua defunció en el lloc més idoni per a mantindre les cures pal·liatives de final de vida.

En el cas dels possibles donants morts amb diagnòstic de malaltia neurodegenerativa, no és possible la donació de teixits.

D CONSENTIMENT DEL/LA PACIENT

Jo, el/la pacient indicat/da a l'apartat A, **DECLARE** que:

- Exprime de manera lliure i voluntària el desig de ser donant en el cas que es produisca la meua defunció per parada cardiorespiratòria.
- He rebut informació i l'he comprés per la persona responsable de la coordinació de trasplantaments (CT) del procés de donació en assistolia controlada i he reflexionat i comprés el contingut del full informatiu sobre Donació en Assistolia Controlada.
- Sé que aquest procés de donació només pot dur-se a terme mitjançant el meu ingrés en un hospital, on rebré la sedació i analgèsia necessàries per al meu confort a més d'aquelles mesures orientades a preservar la possibilitat de donar òrgans per al seu ulterior trasplantament.
- Sé que durant l'ingrés m'administraran sedació i analgèsia amb l'objectiu d'aconseguir el màxim confort fins a la defunció.



FULL INFORMATIU, CONSENTIMENT I RATIFICACIÓ DE LES CURES ORIENTADES A LA DONACIÓ EN ASISTOLIA CONTROLADA PER A PACIENTS AMB CAPACITAT PER A CONSENTIR

D CONSENTIMENT DEL/LA PACIENT

- Sé que podrà ser necessari realitzar procediments com a intubació orotraqueal i connexió a un respirador, abans d'ingressar a l'hospital o una vegada ingressat, després de la valoració per part del metge d'emergències (en cas de trasllat des del domicili pel servei d'emergències) o del meu metge responsable a l'hospital.
- Sé que poden ser necessaris altres procediments com la introducció (prèvia o posterior a la defunció) de catèters en l'artèria i la vena femoral o medicació específica destinats a preservar adequadament els òrgans destinats al trasplantament.
- He rebut informació de la possibilitat que, després de la retirada del tub orotraqueal, encara que es produísca la defunció, la donació d'òrgans podria no produir-se dins del límit de temps que permet el trasplantament posterior.
- Una vegada conculsa la cirurgia, he sigut informat que em garanteixen la correcta imatge del cos, que serà posat a la disposició de la meua família o persones reunides per a procedir amb el ritu funerari que preferisca.
- He rebut informació que la meua família o persones reunides podran acompanyar-me, si així ho desitgen, durant tot el procés fins a la meua defunció.
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut convenients i m'han sigut aclarides tots els dubtes plantejats.
- Sé que en el cas dels possibles donants morts amb diagnòstic de malaltia neurodegenerativa, no és possible la donació de teixits.
- Considere adequada i suficient la informació rebuda i sé que en qualsevol moment puc revocar lliurement el meu consentiment.

E AUTORITZACIÓ DEL/LA PACIENT

En conseqüència de la declaració expressada a l'apartat D, jo, el/la pacient indicat/da a l'apartat A, **AUTORITZE:**

- La realització dels procediments indicats i l'administració dels medicaments oportuns per a l'adequada conservació dels òrgans.
- L'obtenció de tots els òrgans i teixits que siguen vàlids per a ser trasplantats seguint els requisits que estableix la legislació vigent (Llei 30/1979, de 27 d'octubre i Reial decret 1723/2012, de 28 de desembre).
- En el cas d'oposició a l'obtenció d'algun òrgan o teixit, s'especifica a continuació:

F SIGNATURA DEL/LA PACIENT I DEL/LA PROFESSIONAL QUE INFORMA

I, per a que així conste, signem el/la pacient indicat/da a l'apartat A i el/la professional que informa indicat/da a l'apartat B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____

El/La pacient

Signatura: _____

El/La professional que informa



FULL INFORMATIU, CONSENTIMENT I RATIFICACIÓ DE LES CURES ORIENTADES A LA DONACIÓ EN ASISTOLIA CONTROLADA PER A PACIENTS AMB CAPACITAT PER A CONSENTIR

G REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Jo, el/la pacient indicat/da a l'apartat A, REVOQUE el present constentiment, prestat en data [] i desitge que no es procedisca a l'obtenció de cap òrgan ni teixit.

I, per a que conste, signem el/la pacient indicat/da a l'apartat A i el/la professional que informa indicat/da a l'apartat B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____ El/La pacient

Signatura: _____ El/La professional que informa

H RATIFICACIÓ DEL CONSENTIMENT

EN CAS QUE EL/LA PACIENT TINGA CAPACITAT PER A RATIFICAR

Jo, el/la pacient indicat/da a l'apartat A, DECLARE que mantinc i ratifique el present constentiment, prestat en data [] .

I, per a que conste, signem el/la pacient indicat/da a l'apartat A i el/la professional que informa indicat/da a l'apartat B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____ El/La pacient

Signatura: _____ El/La professional que informa

EN CAS QUE EL/LA PACIENT NO TINGA CAPACITAT PER A RATIFICAR

COGNOMS DEL/LA REPRESENTANT

NOM DEL/LA REPRESENTANT

NIF/NIE

Jo, el/la representant indicat/da en aquest apartat, DECLARE conèixer el consentiment per a la donació prestat pel/la pacient indicat/da a l'apartat A en data [], que s'ha mantingut fins al moment en què ha sobrevingut la situació d'incapacitat que li impedeix manifestar-ho així en aquest moment.

I, per a que conste, signem el/la representant indicat en aquest apartat i el/la professional que informa indicat/da a l'apartat B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____ El/La representant

Signatura: _____ El/La professional que informa



FULL INFORMATIU, CONSENTIMENT I RATIFICACIÓ DE LES CURES ORIENTADES A LA DONACIÓ EN ASISTOLIA CONTROLADA PER A PACIENTS AMB CAPACITAT PER A CONSENTIR

I INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES

Nom de l'activitat de tractament: Full informatiu, consentiment i ratificació de les cures orientades a la donació en assistolia controlada per a pacients amb capacitat per a consentir.

Finalitat del tractament: Gestió del full informatiu, consentiment i ratificació de les cures orientades a la donació en assistolia controlada per a pacients amb capacitat per a consentir.

Identitat de la persona responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Legitimació: RPDG 6.1.c, el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable a la persona responsable del tractament. Article 15 de la Llei Orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia.

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, i a la rectificació o supressió d'aquestes, així com a la limitació del seu tractament, a oposar-se aquest o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, incloent-hi l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per a exercir aquests drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que es preveu en l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Més informació: Podrà consultar el Registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica següent: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb la Delegació de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es.