

CONSENTIMIENTO DE FAMILIARES RELATIVO A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Etiqueta de paciente:

- Al firmar este documento ratifica usted que ha recibido información amplia sobre el diagnóstico y el pronóstico de la/el paciente cuyo nombre figura arriba y que ha entendido dicha información.
- Al firmar este documento ratifica usted que le han sido explicadas las medidas médicas preparatorias necesarias para una donación de órganos.
- La donación de órganos y tejidos se efectúa conforme a la voluntad presumida de la/el paciente cuyo nombre figura arriba.

Usted expresa su consentimiento con la extracción de los siguientes órganos y tejidos, así como con las correspondientes medidas médicas preparatorias después de la comprobación del deceso conforme con las directrices de SAMW (Academia Suiza de las Ciencias Médicas)

- a) Cualesquiera órganos y tejidos:
- b) Determinados órganos y tejidos:
- Corazón Pulmón Hígado Páncreas
- Riñones Intestino delgado Válvulas cardiacas y vasos sanguíneos Córnea
- Otros tejidos y células: _____ Esclera

Fines de investigación

Si no resultara posible un trasplante por razones médicas, se autoriza el empleo de órganos, tejidos y células para fines de investigación (únicamente para estudios que estén aprobados por una comisión ética y Swisstransplant/CNDO – notificación a Swisstransplant en un plazo de 7 días tras la extracción de los órganos, tejidos o células empleados).

- Sí No

En caso de que no sea posible por razones médicas trasplantar órganos/tejidos/células y esté autorizado su uso en un proyecto de investigación aprobado, se deberá cumplimentar el formulario complementario «Verwendung Organe/Gewebe/Zellen zu Forschungszwecken» («Empleo de órganos/tejidos/células para fines de investigación», disponible en alemán, francés, italiano e inglés).

CONSENTIMIENTO DE FAMILIARES O DE LA PERSONA DE CONFIANZA DE LA/EL PACIENTE

La/El abajo firmante ratifica:

- que ha leído y entendido el presente documento.
- que ha recibido explicaciones amplias sobre la donación de órganos y tejidos.
- que se le ha dado la posibilidad de plantear preguntas y que dichas preguntas han recibido contestación satisfactoria.

Apellido/Nombre:	Relación familiar:
Lugar/Fecha:	Firma:

PLEASE TURN OVER

CONFIRMATION BY MEDICAL PROFESSIONAL

By signing this document, you confirm

- that the next of kin have been fully informed about the diagnosis and prognosis of the patient.
- that the medical preparations necessary for organ and tissue donation have been explained to the next of kin.
- that the next of kin have been informed about the necessary examinations, the process and the different removal techniques for organ and tissue donation.

The consultation took place: In person

By phone

Date: _____ Name of next of kin: _____

Last name/first name:

Place/date: **Signature:**