



Carolinas HealthCare System

**Centro de Trasplante**

P.O. BOX 32861

Charlotte, NC 28232

**Teléfono:** 800-562-5752

704-355-3602

**Fax:** 704-355-4910

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA DONANTE VIVO DE RINÓN**

### **Criterios Establecidos para los Candidatos de Donante Vivo de Riñón:**

- Adultos saludables, edad  $\geq$  18 años de edad.
- No reactivo al HIV y la Hepatitis.
- Libre de infección activa. A los candidatos que se les detecta infección activa serán evaluados individualmente.
- Libre de malignidad (cáncer). A los candidatos con un historial de cáncer serán evaluados individualmente.
- Función renal normal de los dos riñones.

### **Contraindicaciones Relativas (posiblemente sea incapaz de donar):**

- Los candidatos con historia de tener cálculo(s) renal serán evaluados individualmente.
- Los candidatos con un Índice de Masa Corporal (IMC) de  $>32$  serán evaluados individualmente.
- Proteinuria (la meta es  $<280\text{mg}/24\text{horas}$ ).
- Los candidatos con hematuria microscópica (sangre en la orina) serán evaluados individualmente.
- Múltiples vasos capilares serán evaluados por el equipo de cirugía.
- Los candidatos con antecedentes de trombosis o tromboembolia serán evaluados individualmente.
- A los fumadores se les pedirá que dejen de fumar.

El programa de trasplante puede excluir a un donante si padece alguna condición que, de acuerdo al criterio médico de los programas de Trasplante, cause al donante no ser apropiado para la donación de órgano.

### **Contraindicaciones Absolutas (NO puede donar):**

- Antecedentes de diabetes.
- VIH.
- Hipertensión según se ha determinado por lecturas elevadas de la presión arterial, por medicamentos recetados para la presión sanguínea, o por antecedentes con evidencia de daños de órgano en etapa terminal.
- Abuso de sustancias (droga/alcohol) de forma active/sin ser tratado.
- Tasa de filtración glomerular (función renal)  $< 80\text{ml}/\text{min}$ .
- Múltiples problemas médicos, por ejemplo: enfermedad del corazón, anemia de célula falciforme.
- Antecedentes psiquiátrico inestables, condiciones que se está tratando de forma activa, incluyendo cualquier evidencia de tendencias suicidas.
- Alta sospecha de coacción del donante.
- Alta sospecha de intercambio financiero ilegal entre el donante y el recipiente.
- Embarazada o lactando de forma activa.
- Incapacitado mentalmente sin poder tomar una decisión informada.
- Malignidad activa o tratamiento incompleto de la malignidad.



Carolinas HealthCare System

**Centro de Trasplante**

P.O. BOX 32861

Charlotte, NC 28232

**Teléfono:** 800-562-5752

704-355-3602

**Fax:** 704-355-4910

Estoy interesado(a) en donar un riñón a: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento (en caso de que se conozca): \_\_\_\_\_

Esta persona es mi \_\_\_\_\_  
Relación o parentesco

**HISTORIAL MÉDICO DEL POSIBLE DONANTE DE RINÓN**

**INSTRUCCIONES:** Por favor complete este formulario proporcionando información específica según sea posible y devuélvala en el sobre que se encuentra adjunto con la dirección del remitente.

Apellido Nombre Iniciales del segundo nombre

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de domicilio Teléfono celular Dirección de correo electrónico

¿Le pueden dejar un mensaje del Centro de Trasplante en su grabadora telefónica? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Seguro Social Masculino o Femenino Fecha de nacimiento Edad

Elija haciendo un círculo: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

\_\_\_\_ lbs. Ciudadano de: \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Estatura Peso Raza/Origen étnico los E.E.U.U

Lugar de empleo Título de empleo

\_\_\_\_ ¿Podemos contactarle en el trabajo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Teléfono

¿Usted tiene hijos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_ lbs.  
Edad Peso al nacer (si recuerda)

\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ lbs.  
Edad Peso al nacer Edad Peso al nacer

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

Con un círculo, elija todo lo que aplica a su historial médico **PERSONAL**:

Con un círculo, elija si aplica a su **FAMILIA DIRECTA**:

Infección de la vejiga:	Sí	No	Sí	No
Infección de los riñones:	Sí	No	Sí	No
Cálculos de los riñones:	Sí	No	Sí	No
Enfermedad de los riñones:	Sí	No	Sí	No
Hepatitis A, B o C:	Sí	No	Sí	No
Enfermedad del hígado:	Sí	No	Sí	No
Pancreatitis:	Sí	No	Sí	No
Lupus:	Sí	No	Sí	No
Cáncer:	Sí	No	Sí	No
Enfermedad en la sangre:	Sí	No	Sí	No
Tuberculosis:	Sí	No	Sí	No
Problemas de sangrado:	Sí	No	Sí	No
Diabetes:	Sí	No	Sí	No
Herpes:	Sí	No	Sí	No
Enfermedades de los pulmones:	Sí	No	Sí	No
Gota:	Sí	No	Sí	No
Lesión/trauma de los riñones:	Sí	No	Sí	No
Presión arterial alta:	Sí	No	Sí	No
Anemia:	Sí	No	Sí	No
Enfermedad del corazón:	Sí	No	Sí	No
Derrame cerebral:	Sí	No	Sí	No

¿Padece usted de algún problema de salud por el cual visita a un médico? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**SI CONTESTÓ SÍ A CUALQUIRA DE LO MENCIONADO ARRIBA, POR FAVOR DESCRIBA SU ENFERMEDAD, INCLUYENDO LAS VECES QUE USTED FUE TRATADO Y/O EL TIEMPO QUE ESTUVO ENFERMO(A):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Fuma? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_

¿Usted usa productos de tabaco sin humo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Toma usted alcohol? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Tipo: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

¿Usa usted otras sustancias o drogas? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Tipo: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de cabecera? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro de salud? \_\_\_\_\_

¿Ha pasado consulta con un psiquiatra? \_\_\_\_\_ En caso que así sea, por favor describa:

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han realizado alguna cirugía? En caso que así sea, favor describir e indicar las fechas:

Alergias/Reacción: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a los medios de contrastes para radiografía?

En una escala del 1 al 10 (**10 = muy dispuesto(a)** y **1 = no tan dispuesto(a)**), ¿Cómo se siente al ser un donante de riñón? \_\_\_\_\_

**Enumere todos los medicamentos** que toma actualmente (o que ha tomado en los pasados 3 meses). Por favor incluya los medicamentos a la venta libre (si receta médica) tal como las vitaminas, aspirina, Tylenol (Acetaminofén), y herbaria (ejemplo: Ginseng, Gingko Biloba, St. John's Wort).

**No estoy tomando ningún medicamento**

Nombre y cantidad del medicamento	Motivo de tomar el medicamento	¿Cuándo toma este medicamento?	¿Cómo lo toma?
Ejemplo: Benadryl 25mg	Comezón	Cuando se necesita	Por la boca

¿Usted ha viajado fuera de los Estados Unidos durante los pasados 6 meses? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso que así sea, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Por favor mida su presión sanguínea y registre las lecturas aquí: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Dónde fue tomada? \_\_\_\_\_

**SUGERENCIAS: EN UN CONSULTORIO MÉDICO LOCAL, UNIDAD DE DIÁLISIS DEL RECIPIENTE O UNA FARMACIA QUE OFRECE REVISIONES DE PRESIÓN ARTERIAL.**

**Nota: Si la lectura de arriba es mayor a 140/80, por favor hágase tres (3) lecturas adicionales antes de entregar el formulario. Ingrese abajo la fecha y la lectura.**

<u>Fecha</u>	<u>Lecturas</u>
_____	_____/_____
_____	_____/_____
_____	_____/_____

\*\*\* En caso que se encuentre disponible, por favor proporcione una copia de la tarjeta de su tipo de sangre más reciente, colonoscopia (masculino/femenino, >50 años de edad), Papanicolaou (mujeres, >18 años de edad), y mamografías (mujeres, >40 años de edad).

Favor enviar por **fax al (704) 355-4910**. Atención: Coordinador de Donante Vivo.