

## Protocolo de Evaluación Candidatos a Receptor de Trasplantes

		Nº de Protocolo						
Centro								
Nombre del profesional								
Fecha de la entrevista								
Teléfonos de contacto			Correo electrónico					
<b>1.-Datos Socio-demográficos</b>								
Nombre y apellidos								
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		<i>(Anexo 2: Ver apartado específico para población inmigrante)</i>				
Edad actual		Sexo						
		Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>				
Nivel del idioma local	<b>Catalán</b>			<b>Castellano</b>				
	Bajo	Medio	Bueno	Muy bueno	Bajo	Medio	Bueno	Muy bueno
Estado civil	Soltero/a		<input type="checkbox"/>		Viudo/a		<input type="checkbox"/>	
	Casado/da		<input type="checkbox"/>		Separado/da		<input type="checkbox"/>	
	Pareja estable		<input type="checkbox"/>					
Lugar de residencia habitual								

Tipo de vivienda	Propia	<input type="checkbox"/>	Habitación	<input type="checkbox"/>
	Alquiler	<input type="checkbox"/>	Pensión	<input type="checkbox"/>
	Otras	<input type="checkbox"/>		
Tipo de convivencia	Solo	<input type="checkbox"/>	Familia de origen	<input type="checkbox"/>
	Familia propia	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Nivel de formación	Analfabeto	<input type="checkbox"/>	Medios	<input type="checkbox"/>
	Básicos	<input type="checkbox"/>	Superiores	<input type="checkbox"/>
Situación económica	<b>Actividad principal</b>		<b>Autopercepción status económico</b>	
	Estudia	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>
	Trabaja	<input type="checkbox"/>	Medio-alto	<input type="checkbox"/>
	Pensionista	<input type="checkbox"/>	Medio-medio	<input type="checkbox"/>
	Incapacidad	<input type="checkbox"/>	Medio-bajo	<input type="checkbox"/>
	No trabaja (subsidio)	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>
	No trabaja (no subsidio)	<input type="checkbox"/>		
Otros	<input type="checkbox"/>			
Soporte Social	Familia		Número personas:	
	Amigos			
	Compañeros/as trabajo/estudios		Teléfonos de contacto	
	Otros			

--	--	--

Genograma

## 2.-Antecedentes médicos y psicopatológicos

Personales	<b>Psicopatológicos</b> (incluir consumo sustancias)	<b>Médicos</b>
Familiares	<b>Psicopatológicos</b> (incluir consumo sustancias)	<b>Médicos</b>

Otros antecedentes

## 3.-Uso del tiempo libre (ver anexo 1)

Actividades habituales diarias	semanales	mensuales
Tipos de intereses/aficiones		

## 4.-Aspectos de la enfermedad y del proceso médico

Fecha del fallo orgánico

Otros tratamientos y experiencias

Propuesta del trasplante:  
quién, cuándo y dónde

Conocimientos de los riesgos:

- IQ
  - Tratamiento con inmunosupresores
  - Rechazo
  - Otros
-

#### 4.1.-Información recibida y contenidos

¿Quién le informó?

¿Qué recuerda de la información?

¿Qué piensa actualmente?

¿Conocimientos sobre otros trasplantados?

#### 4.2.-Experiencia con otras enfermedades y/o problemas médicos

Procesos y resultados

Adherencia al tratamiento

#### 5.- Motivación y expectativas

¿Qué piensa del proceso de trasplante?

¿Qué cree que pasará?

Temores/ansiedades principales

**Uso del tiempo personal y nivel de satisfacción**

Actividades	Nivel de satisfacción	Tiempo dedicado
	0 - Nula 1 - Baja 2 - Media 3 - Alta 4 - Muy alta	0 - menos de 1 h. a la semana 1 - entre 1-5 h. a la semana 2 - entre 5-10 h. a la semana 3 - entre 10 – 20 h. a la semana 4 - entre 20 – 30 h. a la semana 5 - entre 30 – 40 h. a la semana
<b>1 Ocio</b>		
Arte música teatro	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Cine	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
TV / radio	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Deportes	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Juegos y aficiones	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Viajes y vacaciones*	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Lectura	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
<b>2. Laboral / académico</b>		
Trabajo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Estudio	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
<b>3. Religión / experiencia interna</b>		
Asistencia a actos religiosos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Oración / meditación	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Reflexión	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
<b>4. Vida social / familiar</b>		
Relaciones madre/padre	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Relaciones cónyuge / pareja	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Relaciones hijos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Relaciones otros familiares	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Relaciones amigos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
Relación compañeros trabajo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5
<b>5. Relaciones sexuales</b>	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4 5

## Anexo 2: Datos requeridos si son pacientes inmigrantes

País de procedencia:		País de Nacimiento:	
Localidad de Nacimiento:		Región de Procedencia: 1 Rural 2 Urbana	
Cuanto años hace que salió de su país?		Nº años	Años residencia en España
Lengua Propia / Lengua Materna		¿Habla alguna de los siguientes idiomas de forma que le permite la comunicación?  Inglés            No    Sí Francés            No    Sí	
Herencia o Tradición Religiosa:	1- Musulmana Sunita 2- Musulmana Chiita 3- Cristiana Católica 4- Cristiana Ortodoxa 5- Cristiana Protestante, Evangélica, Metodista, otras...	6- Budista, Hinduista u otras orientales (no musulmanas) 7- Animista, creencias/ritos africanos 8- Judía 9- Ateo/a Otros _____	
¿Es practicante de la su religión?			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Situación Legal	Permiso de Residencia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
	Permiso de Trabajo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
	Pasaporte	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
	Nacionalidad Española	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
	Otras Nacionalidades		
	- Europa Comunitaria	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
	- Solicitante de Asilo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿ Necesidad de Mediadores culturales ? ( <i>criterio del profesional</i> )		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Influencia de la cultura en la entrevista:		Nada <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>



	algo <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/>
--	--