

Encuesta de Trasplante para Pacientes

Esta encuesta identificara sus conocimientos, preocupaciones, pensamientos, y comprensión sobre la trasplantación de riñón. Por favor responda cada pregunta como mejor usted entienda.

Nombre _____

1. Escriba tres palabras que vienen a su mente cuando piensa en obtener un trasplante de riñón.

2. ¿Su médico ha conversado con usted sobre la trasplantación de riñón?

Si No

3. ¿Usted cree que el trasplante de riñón es seguro?

¿Si No, por qué?

4. ¿Que considera usted es la edad límite para ser candidato para recibir un trasplante de riñón?

5. ¿Usted piensa que no es candidato para un trasplante debido a una condición médica?

¿Si, por que condición médica? _____
 No

6. ¿Uste cree que la vida después de un trasplante es más complicada que la vida en diálisis?

7. ¿Si, por qué? _____
 No

8. ¿Estaría dispuesto a pedir que un familiar y/o amistad le done un riñón (por donación en vida)?

Si No, por qué? Por favor seleccione de las opciones abajo.
 Me daría mucha vergüenza.
 No creo que mis familiares y/o amigos me donarían un riñón.
 No me gustaría arriesgar su salud.
 Probablemente no habría alguien compatible para donación en vida.
 Otra razón _____

9. ¿Si está interesado en aprender más sobre trasplante de riñón, como prefiere recibir la información?

Material por escrito, folletos
 Videos o recursos en línea
 Discusión individual (uno a uno)
 Con personal del centro
 Con un paciente trasplantado
 Discusión en grupo (con otros pacientes, cuidadores)