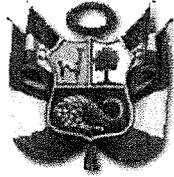


## REPUBLICA DEL PERU



## RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 20 de JULIO de 2020

## VISTOS:

El Memorando N°01-2019-CHC-INEN, del Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, el Informe N° 079-2020-SGC-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y el Informe N° 0474-2020-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

## CONSIDERANDO:

Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF - INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo de 2018, se aprobó la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", en la cual establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación / Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos:(...)16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, practica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, mediante el Memorando N°01-2019-CHC-INEN, de fecha 10 de julio de 2019, el Presidente del Comité de Historias Clínicas del INEN requiere al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, revisar y actualizar los formatos de consentimientos informados, por corresponder;



Que, mediante Informe N° 079-2020- SGC-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, indica que luego de haber analizado los formatos de consentimiento informado del Departamento de Cirugía Urológica de la Dirección de Cirugía, considera adecuados para su aprobación;

Que, de la revisión efectuada a los formatos denominado consentimiento informado, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN);

Que, en tal sentido, y de la evaluación y análisis de los formatos en cuestión, resulta viable aprobar lo solicitado al respecto, en mérito a la normativa vigente, en el extremo que *"Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. El médico tratante debe registrar en la historia clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda"*;

Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Dirección de Cirugía, del Departamento de Cirugía Urológica, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, de la Dirección de Control del Cáncer, del Presidente del Comité de Historia Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

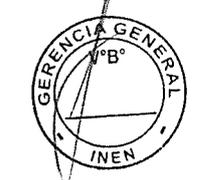
**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** los formatos de Consentimiento Informado del Departamento de Cirugía Urológica de la Dirección de Cirugía, que en anexos forman parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar** a la Oficina de Comunicaciones la difusión de la Presente Resolución Jefatural, así como su publicación en la Página Web Institucional.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

Dr. EDUARDO PAYET MEZA  
Jefe Institucional  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ADENOMECTOMÍA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

En la intervención se extrae el adenoma y no toda la próstata, quedando la cápsula de la misma. Usualmente se realiza en patología benigna. Se realiza habitualmente a través de una incisión en el abdomen por encima del pubis. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Después de la intervención estará con sueros durante 1-2 días siendo el postoperatorio normal de una semana. Durante unos días llevará sonda vesical y, una vez retirada ésta, comenzará a realizar la micción de forma natural, inicialmente con pequeños trastornos como escozor, urgencia, nicturia, tenesmo, etc, que suelen desaparecer a los pocos días.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** Cuando el tratamiento médico ya no funciona y por el tamaño de la próstata, la alternativa es la colocación de una sonda, pero en su caso la solución correcta es la adenomectomía. Otras alternativas quirúrgicas son las cirugías endoscópicas (Resección transuretral de próstata).

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir mejora de la calidad miccional.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.
- Desarrollo de una estenosis (estrechamiento) uretral.
- Incontinencia urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio, cuyas consecuencias pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida de asas intestinales); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales; intolerancia a los materiales de sutura.
- Eyaculación retrógrada.
- Excepcionalmente impotencia.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar.
- Hemorragias digestivas

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

Cabe indicar que después de esta cirugía, el paciente queda con tejido prostático por lo que debe continuar con sus controles y chequeo prostático con PSA y tacto rectal.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:



Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

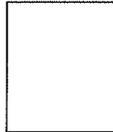
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ADRENALECTOMÍA RADICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

La adrenalectomía consiste en la extirpación de una o las dos glándulas localizadas encima de los riñones (suprarrenales), siendo rara la necesidad de tener que extirpar las dos. Si fuese necesario, se administrará un tratamiento médico para controlar las posibles alteraciones hormonales durante la cirugía o después de la intervención.

En relación con la enfermedad que las afecta, características del paciente (operaciones previas en el abdomen, otras enfermedades abdominales, etc.) y la afectación de una o de ambas glándulas, la extirpación puede realizarse a través del abdomen, por la espalda o por la vía lumbar o por vía laparoscópica.

En ocasiones, puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos y es posible que después de la operación quede un déficit hormonal que requiera tratamiento médico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

En su caso, la mejor opción es la cirugía, ya que en la alteración hormonal el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa, tumores funcionantes) y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, tromboflebitis, dehiscencias o apertura de la herida, infecciones pulmonares, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: alteraciones cardiocirculatorias e hidroelectrolíticas por modificaciones en los niveles hormonales, sangrado o infección, recidiva de la enfermedad, lesión de colon, lesión de intestino, lesión de vía urinaria.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

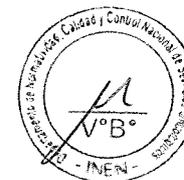
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ). o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ADRENALECTOMÍA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

La adrenalectomía consiste en la extirpación de una o las dos glándulas localizadas encima de los riñones (suprarrenales), siendo rara la necesidad de tener que extirpar las dos. Si fuese necesario, se administrará un tratamiento médico para controlar las posibles alteraciones hormonales durante la cirugía o después de la intervención.

En relación con la enfermedad que las afecta, características del paciente (operaciones previas en el abdomen, otras enfermedades abdominales, etc.) y la afectación de una o de ambas glándulas, la extirpación puede realizarse a través del abdomen, por la espalda o por la vía lumbar o por vía laparoscópica.

En ocasiones, puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos y es posible que después de la operación quede un déficit hormonal que requiera tratamiento médico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

En su caso, la mejor opción es la cirugía, ya que en la alteración hormonal el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa, tumores funcionantes) y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, tromboflebitis, dehiscencias o apertura de la herida, infecciones pulmonares, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: alteraciones cardiocirculatorias e hidroelectrolíticas por modificaciones en los niveles hormonales, sangrado o infección, recidiva de la enfermedad, lesión de colon, lesión de intestino, lesión de vía urinaria.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

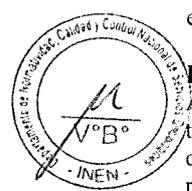
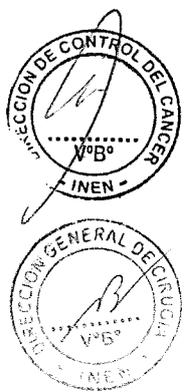
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

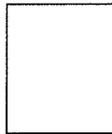
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

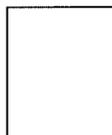
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA DE PRÓSTATA BAJO GUÍA ECOGRÁFICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Consiste en la obtención de pequeños fragmentos de la próstata con una aguja especial para su posterior análisis anatomopatológico.

Se introduce una sonda de ultrasonidos por vía rectal para visualizar la próstata y guiar la punción transrectal. Con una aguja fina de biopsia se punciona la próstata y, en ocasiones, tejidos de alrededor de la próstata (vesículas seminales).

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

No existe otra alternativa más eficaz, ya que los marcadores prostáticos y las exploraciones radiológicas y ecográficas son complementarios.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas) y los específicos del procedimiento:

- Complicaciones generales:
  - Reacciones alérgicas al anestésico local.
  - Sepsis e infección generalizada.
- Complicaciones locales:
  - Hematoma en la zona de intervención.
  - Hematuria (sangre en la orina), infección o dificultad miccional.
  - Uretorragia (aparición de sangre por el orificio uretral).
  - Rectorragias (aparición de sangre por el ano).
  - Desgarro rectal
  - Hematospermia

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSPERINEAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Consiste en la obtención de pequeños fragmentos de la próstata con una aguja especial para su posterior análisis anatomopatológico. Con una aguja fina de biopsia se punciona la próstata a través del periné previa incisión pequeña con bisturí. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

No existe otra alternativa más eficaz, ya que los marcadores prostáticos y las exploraciones radiológicas y ecográficas son complementarios.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas), y los específicos del procedimiento:

- Complicaciones generales:
  - Reacciones alérgicas al anestésico local.
  - Sepsis e infección generalizada.
- Complicaciones locales:
  - Hematoma en la zona de intervención.
  - Hematuria (sangre en la orina), infección o dificultad miccional.
  - Uretorragia (aparición de sangre por el orificio uretral).
  - Rectorragias (aparición de sangre por el ano).
  - Desgarro rectal
  - Hematospermia

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

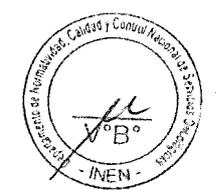
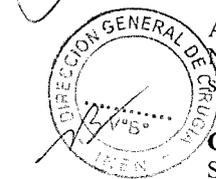
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

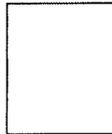
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA TESTICULAR

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

La biopsia testicular es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción de una pequeña parte de testículo para realizar un estudio microscópico. Se puede realizar abriendo la piel del escroto. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento adecuado. Este procedimiento NO se hace si se sospecha de cáncer de testículo.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

La alternativa es la biopsia testicular percutánea, pero en su caso la mejor alternativa es la quirúrgica, siendo complementarios el estudio hormonal y el espermograma.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir un material biopsico significativo.
- Hemorragia post-operatoria que suele ser de muy poco volumen.
- Hematomas instantáneos.
- Infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal con sus posibles complicaciones locales o generales.
- Dehiscencia (apertura) de herida escrotal.
- Necrosis testicular (pérdida de testículos).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )                      Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

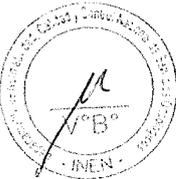
(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

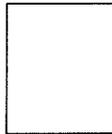
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CIERRE DE FISTULA VESICO VAGINAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

La técnica quirúrgica empleada depende de varios factores, como la localización del orificio, la existencia de una única fistula o de fistulas múltiples, el estado de los tejidos circundantes, el antecedente de radioterapia previa y la posible necesidad de corregir algún otro elemento anatómico anómalo. Por eso puede ir desde un cierre simple en varios planos a una rotación de colgajos o a una cirugía en dos tiempos, uno de puesta a plano y otro posterior de reconstrucción. Sobre todo, si la fistula es compleja, cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado, incluyendo dejar una sonda durante algunos días.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

En su caso no existe una alternativa terapéutica eficaz para realizar el cierre de la fistula.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, radioterapia previa) y los específicos del procedimiento:

- Reparación de la fistula, que se ha constatado globalmente en el 50% de los casos.
- Infección o inflamación.
- Discreto sangrado.
- Dolor o dificultad miccional post-operatoria.
- Estrechez uretral parcial o total.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS  
Entidad de la Red de Salud - Incentivo



### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CIRCUNSIÓN

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Esta intervención consiste en eliminar la piel prepucial que no permite exponer el glande, con el objetivo de permitir unas relaciones sexuales normales o para eliminar una lesión. Realizada en épocas tempranas en la vida tiene asimismo un papel preventivo de carcinoma de pene.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

En su caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa) y los específicos del procedimiento:

- Reacciones alérgicas al anestésico, que pueden llegar a producir shock anafiláctico, de graves consecuencias.
- Infecciones de la herida quirúrgica cuya complicación puede conducir a la pérdida total o parcial del órgano y riesgo de infección general.
- Hemorragia incluso de consecuencias imprevisibles.
- Cicatrices antiestéticas.
- Incurvación del extremo del pene.
- Lesión uretral con aparición de fistulas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero sí pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

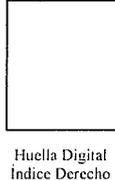
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

La más frecuente se realiza por una vía combinada vaginal y abdominal. A través de pequeñas incisiones en la vagina se dan unos puntos, que elevan y fijan la uretra y la vejiga que se encuentran excesivamente móviles o caídas. Estos puntos son transferidos y anudados detrás del pubis a través de una mínima incisión abdominal o se utiliza para ello un trozo de tejido propio o autólogo. En determinadas pacientes puede ser necesaria la corrección de defectos perineales asociados (enterocele, rectocele, cistocele). Esta cirugía presenta una gravedad moderada. El postoperatorio suele ser corto (3-4 días de media), aunque en ocasiones es recomendable que la paciente sea dada de alta portando una sonda uretral o suprapúbica o teniendo que realizar sondajes intermitentes para vaciar la vejiga hasta que ésta se acomode a su nueva situación. Otras técnicas similares a la anterior se desarrollan exclusivamente a través de una mayor incisión abdominal.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Las alternativas son los fármacos, la inyección periuretral de teflón/colágeno/grasa y la rehabilitación de suelo pélvico, pero en su caso lo más aconsejable es la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa) y los específicos del procedimiento:

- No poder orinar espontáneamente (por retención urinaria o por atrapamiento ureteral durante la cirugía).
- Hemorragia intensa tanto durante la cirugía como tras ella.
- Disminución de la sensibilidad cutánea o vaginal.
- Infección en sus diferentes grados de gravedad.
- Apertura de la herida.
- Salida del paquete intestinal.
- Lesiones vesicales, con fistulas temporales o permanentes.
- Defectos estéticos por las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales
- Intolerancia al material de sutura
- Formación de cálculos vesicales.
- Coito doloroso (dispareunia).
- Dolor en el pubis (osteitis de pubis).
- Inestabilidad vesical con urgencia miccional.
- Debilidad de los músculos de las piernas (paresias de cuádriceps/psoas).
- Reacciones inflamatorias de los nervios adyacentes (neurinomas).
- Caída del techo de la vagina o del intestino posterior.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

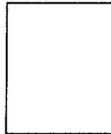
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

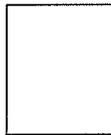
Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CIRUGÍA DE LITIASIS VESICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Esta intervención consiste en eliminar la piel prepucial que no permite exponer el glande, con el objetivo de permitir unas relaciones sexuales normales o para eliminar una lesión. Realizada en épocas tempranas en la vida tiene asimismo un papel preventivo de carcinoma de pene.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Las alternativas son los fármacos, la inyección periuretral de teflón/colágeno/grasa y la rehabilitación de suelo pélvico, pero en su caso lo más aconsejable es la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrán persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa) y los específicos del procedimiento:

- Reacciones alérgicas al anestésico, que pueden llegar a producir shock anafiláctico, de graves consecuencias.
- Infecciones de la herida quirúrgica cuya complicación puede conducir a la pérdida total o parcial del órgano y riesgo de infección general.
- Hemorragia incluso de consecuencias imprevisibles.
- Cicatrices antiestéticas.
- Incurvación del extremo del pene.
- Lesión uretral con aparición de fístulas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero sí pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA LITIASIS RENAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Mediante esta técnica de cirugía laparoscópica, se extraen los cálculos renales. En el caso de que los cálculos estén situados en la pelvis renal, se habla de pielolitomía, mientras que en el caso de cálculos ramificados que ocupan por completo el sistema colectivo intrarrenal, se habla de nefrolitotomía, con abordaje a través del parenquima renal.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Las alternativas son la nefrolitotomía percutánea y el tratamiento con ondas de choque, pero en su caso la mejora alternativa terapéutica es la cirugía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extracción de todos los cálculos, con necesidad de litotricia extra corpórea.
- Recidiva de los cálculos.
- Desarrollo de estenosis de la unión pieloureteral por fibrosis.
- Atrofia del parénquima renal, con pérdida parcial o total de su función.
- Aparición de fístulas que producen colecciones de líquido en el espacio perirrenal.
- Infección del riñón (pielonefritis, abscesos renales, pionefrosis, perinefritis) que pueden producir complicaciones infecciosas de tipo general (bacteriemia y septicemia).
- Hemorragia incoercible tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
- Fístulas temporales o permanentes.
- Defectos estéticos.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Eventración intestinal (salida del paquete intestinal a través de la herida).
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas que son infrecuentes, pero presentes.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CISTECTOMÍA PARCIAL ABIERTA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Mediante esta técnica quirúrgica se procede a la extirpación parcial de la vejiga. Esto es así porque la intervención suele realizarse para tratar un tumor maligno, habitualmente, con intención curativa o paliativa.

La técnica puede requerir, en ocasiones, reimplantar el uréter y/o extirpar los ganglios de la pelvis de ambos lados. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando la sonda o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero en su situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía parcial.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del tumor de la vejiga y tener que recurrir a una cistectomía radical o a abstenerse de actuación quirúrgica o que persista la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Fistulas urinarias dependientes de la cistotomía o de la reimplantación ureteral, si se realiza, que pueden requerir una manipulación endoscópica, endourológica o nueva intervención.
- Parálisis intestinal de mayor o menor duración.
- Las propias de la apertura peritoneal si se requiere (obstrucción intestinal, peritonitis).
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura (apertura) e incluso eventración (salida de asas intestinales), fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias (dolores nerviosos, hiperestésias) aumento de la sensibilidad- o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Problemas derivados de la linfadenectomía (lesiones vasculares severas –arterias ilíacas, hipogástricas, lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes, lesiones ureterales, sección del nervio obturador, linfocelo con posibilidad de sobreinfección).
- Tromboembolismos venosos y/ o pulmonares.
- Hemorragias digestivas, que son infrecuentes pero presentes.
- ITU + Sepsis
- Lesión intestinal o colónica

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Mediante esta técnica quirúrgica se procede a la extirpación parcial de la vejiga. Esto es así porque la intervención suele realizarse para tratar un tumor maligno, habitualmente, con intención curativa o paliativa.

La técnica puede requerir, en ocasiones, reimplantar el uréter y/o extirpar los ganglios de la pelvis de ambos lados. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando la sonda o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero en su situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía parcial.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

➤ No conseguir la extirpación del tumor de la vejiga y tener que recurrir a una cistectomía radical o a abstenerse de actuación quirúrgica o que persista la sintomatología previa total o parcialmente.

➤ Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.

➤ Fistulas urinarias dependientes de la cistotomía o de la reimplantación ureteral, si se realiza, que pueden requerir una manipulación endoscópica, endourológica o nueva intervención.

➤ Parálisis intestinal de mayor o menor duración.

➤ Las propias de la apertura peritoneal si se requiere (obstrucción intestinal, peritonitis).

➤ Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura (apertura) e incluso eventración (salida de asas intestinales), fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias (dolores nerviosos, hiperestésias) aumento de la sensibilidad- o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).

➤ Problemas derivados de la linfadenectomía (lesiones vasculares severas –arterias ilíacas, hipogástricas, lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes, lesiones ureterales, sección del nervio obturador, linfocelo con posibilidad de sobreinfección).

➤ Tromboembolismos venosos y/ o pulmonares.

➤ Hemorragias digestivas, que son infrecuentes pero presentes.

➤ ITU + Sepsis

➤ Lesión intestinal o colónica

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

A. Dolor

B. Sangrado

C. Fiebre

D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CISTECTOMÍA RADICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Consiste en la extirpación de la vejiga. En el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata y las vesículas seminales y en el caso de la mujer, el útero, las trompas y los ovarios. La extirpación de la vejiga se acompaña de la extirpación de los ganglios pélvicos bilaterales. Una vez extraída la vejiga el cirujano tiene que optar entre:

- Derivar la orina a piel, en cuyo caso llevará un colector para recoger la orina, o se le tendrá que sondar.
- Reconstruir una vejiga con intestino que permite realizar la micción de forma natural a través de la uretra.

Esta última opción no siempre es posible realizarla, dependiendo de las características del tumor y de sus condiciones anatómicas.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero en su situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la vejiga.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal; peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; hemorragias digestivas; problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas y aorta), lesiones venosas, sección del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocela y disfunción eréctil.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida asas intestinales a través de la herida); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Impotencia que puede ser tratada posteriormente.
- Problemática de la derivación urinaria: micción por recto u orificio abdominal; infecciones renales ascendentes incluso con pérdida total de la función renal; problemática de las estomas: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético, escapes de orina; estenosis de la unión uretero-intestinal...

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

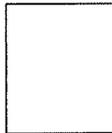
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente). Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL + DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Consiste en la extirpación de la vejiga. En el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata y las vesículas seminales y en el caso de la mujer, el útero, las trompas y los ovarios. La extirpación de la vejiga se acompaña de la extirpación de los ganglios pélvicos bilaterales. Una vez extraída la vejiga el cirujano tiene que optar entre:

- Derivar la orina a piel, en cuyo caso llevará un colector para recoger la orina, o se le tendrá que sondar (DERIVACION URINARIA TIPO BRICKER)

Esta última opción no siempre es posible realizarla, dependiendo de las características del tumor y de sus condiciones anatómicas.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero en su situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la vejiga.
  - Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
  - Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
  - Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal; peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica
  - Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; hemorragias digestivas; problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas y aorta), lesiones venosas, sección del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocela y disfunción eréctil.
  - Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida asas intestinales a través de la herida); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
  - Impotencia que puede ser tratada posteriormente.
  - Problemática de la derivación urinaria: micción por recto u orificio abdominal; infecciones renales ascendentes incluso con pérdida total de la función renal; problemática de las estomas: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético, escapes de orina; estenosis de la unión uretero-intestinal.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.
- Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

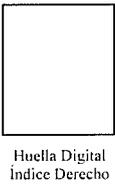
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO  
CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL + DERIVACIÓN URINARIA TIPO STUDER**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Consiste en la extirpación de la vejiga. En el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata y las vesículas seminales y en el caso de la mujer, el útero, las trompas y los ovarios. La extirpación de la vejiga se acompaña de la extirpación de los ganglios pélvicos bilaterales. Una vez extraída la vejiga el cirujano tiene que optar entre:

- Reconstruir una vejiga con intestino que permite realizar la micción de forma natural a través de la uretra. (DERIVACION URINARIA TIPO STUDER)

Esta última opción no siempre es posible realizarla, dependiendo de las características del tumor y de sus condiciones anatómicas.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:**

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:**

Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero en su situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la vejiga.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal; peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; hemorragias digestivas; problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas y aorta), lesiones venosas, sección del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocelo y disfunción eréctil.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida asas intestinales a través de la herida); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Impotencia que puede ser tratada posteriormente.
- Problemática de la derivación urinaria: micción por recto u orificio abdominal; infecciones renales ascendentes incluso con pérdida total de la función renal; problemática de las estomas: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético, escapes de orina; estenosis de la unión uretero-intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CISTOSCOPIA CON ANESTESIA GENERAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se ve el interior de la vejiga y de la uretra. Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio. Se realiza bajo sedación, bien por su decisión, intolerable al dolor, bien por alto riesgo de recidiva de un tumor vesical o por necesitar alguna manipulación complementaria.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

En su caso no existe una alternativa eficaz y las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas son complementarias.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa, quimioterapia previa, radioterapia previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir llegar a un diagnóstico.
- Hemorragia, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, aunque su producción es infrecuente.
- Infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles.
- Perforación vesical, debido a dificultades de introducción del cistoscopio, vejigas deterioradas por patología propia o a consecuencia de obstrucciones prolongadas, aunque es infrecuente que suceda y no siempre requiere un tratamiento específico al margen de dejar una sonda permanente.
- Estenosis uretrales, debido a la propia manipulación uretral al paso del cistoscopio.
- Cuadro febril (bacteriemia) a pesar de la profilaxis antibiótica.
- Ruptura de la uretra por generación de una falsa vía.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

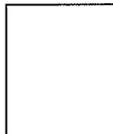
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CISTOSCOPIA CON ANESTESIA LOCAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se ve el interior de la vejiga y de la uretra. Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. En ocasiones puede optarse por realizarla bajo sedación, bien por su decisión, bien por alto riesgo de recidiva de un tumor vesical o por necesitar alguna manipulación complementaria. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

En su caso no existe una alternativa eficaz y las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas son complementarias.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa, quimioterapia previa, radioterapia previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir llegar a un diagnóstico.
- Hemorragia, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, aunque su producción es infrecuente.
- Infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles.
- Perforación vesical, debido a dificultades de introducción del cistoscopio, vejigas deterioradas por patología propia o a consecuencia de obstrucciones prolongadas, aunque es infrecuente que suceda y no siempre requiere un tratamiento específico al margen de dejar una sonda permanente.
- Estenosis uretrales, debido a la propia manipulación uretral al paso del cistoscopio.
- Cuadro febril (bacteriemia) a pesar de la profilaxis antibiótica.
- Ruptura de la uretra por generación de una falsa vía.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prevenir el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Es una técnica consistente en derivar la orina contenida en la vejiga hacia el exterior, cuando la cateterización uretral no es posible o no es deseable. La forma más sencilla de realizarla es por vía percutánea, aplicándose la cirugía abierta cuando la vía percutánea no se ha demostrado útil. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Existe la alternativa de mantener la micción espontánea por uretra, con el riesgo de aumento de la retención urinaria, el edema de los genitales, así como la extravasación urinaria y sobreinfección del edema. Otra alternativa es intentar colocar un catéter endoscópicamente por la uretra, pero en su situación es preferible la cistostomía suprapúbica.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Imposibilidad de llevar a cabo la punción.
- Perforación de un asa intestinal con el consiguiente riesgo de peritonitis.
- Hemorragia incoercible, tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
- Fístulas temporales o permanentes.
- Defectos estéticos.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencias.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN DE DOBLE J

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se coloca un catéter interno en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga). Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio con un gel anestésico en uretra, que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. Está indicada para resolver problemas de obstrucción del uréter. Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Las alternativas son la cirugía abierta y el drenaje percutáneo del riñón, pero en su caso, lo más aconsejable es la colocación de doble J.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, presencia de cálculos), y los específicos del procedimiento:

- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, cuya producción es infrecuente.
- Infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles.
- Perforación ureteral con riesgo de sangrado.
- Infección.
- Reabsorción de líquidos, todas ellas de consecuencias imprevisibles, que pueden precisar nueva intervención o manipulación.
- ITU + Sepsis
- Imposibilidad de colocar el catéter y posibilidad de nefrostomía

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ....., con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

El tratamiento quirúrgico puede realizarse por vía vaginal, abdominal o combinada según la naturaleza y la causa de la incontinencia. La intervención consiste en el refuerzo de músculos y estructuras que forman al suelo de la pelvis. La intervención quirúrgica en los procesos de incontinencia de orina, no garantiza absolutamente la corrección de la misma de modo permanente. Hay un porcentaje de fracasos (30-40%). En caso de fracasar la intervención, el estado de la incontinencia no empeora, salvo en casos excepcionales. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Las alternativas son la cirugía abierta y el drenaje percutáneo del riñón, pero en su caso, lo más aconsejable es la colocación de doble J.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa y los específicos del procedimiento:

Las complicaciones más frecuentes que puede acarrear la intervención son infección de orina y retención de orina.

Más excepcionales son:

- Absceso de pus en la zona de la herida quirúrgica.
- Hematoma en la zona de la herida quirúrgica.
- Rechazo a las suturas empleadas en la intervención.
- Lesiones de vejiga, uretra y uréter.
- Flebitis y tromboflebitis.
- Embolia pulmonar.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

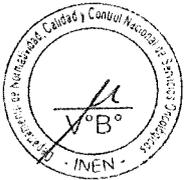
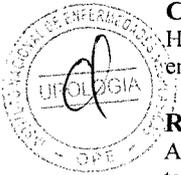
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

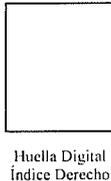
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ELECTROFULGURACIÓN DE VEJIGA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Consiste en la cauterización de los vasos sanguíneos dilatados y/o con sangrado activo de la vejiga. Terminada la operación se coloca una sonda vesical por la que se realizan lavados de la vejiga con suero hasta la desaparición del sangrado (entre 24 y 48 horas). El postoperatorio normal es de 3-7 días tras lo cual se retirará la sonda vesical. Los primeros días es normal notar escozor, sangrado o imperiosidad con las primeras micciones, que irán desapareciendo.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Otras alternativas son la cirugía abierta, la radioterapia y la quimioterapia, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la resección transuretral de vejiga.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir el cese de la hematuria.
- Desarrollo de una estenosis uretral que provoque una nueva enfermedad que requiera tratamientos posteriores.
- Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico: recto; intestino. De suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente de otra intervención distinta que consistiría en una laparotomía (apertura del abdomen) de consecuencias imprevisibles, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes.
- ITU
- Sepsis

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

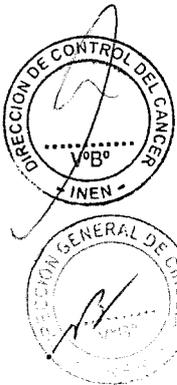
(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EXENTERACIÓN PÉLVICA ANTERIOR Y DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Consiste en la extirpación de la vejiga. En el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata y las vesículas seminales y en el caso de la mujer, el útero, las trompas y los ovarios. La extirpación de la vejiga se acompaña de la extirpación de los ganglios pélvicos bilaterales. Derivar la orina a piel, en cuyo caso llevará un colector para recoger la orina, o se le tendrá que sondar (DERIVACION URINARIA TIPO BRICKER).

Esta última opción no siempre es posible realizarla, dependiendo de las características del tumor y de sus condiciones anatómicas. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero en su situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la vejiga.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal; peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; hemorragias digestivas; problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas y aorta), lesiones venosas, sección del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocela y disfunción eréctil.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida asas intestinales a través de la herida); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Impotencia que puede ser tratada posteriormente.
- Problemática de la derivación urinaria: micción por recto u orificio abdominal; infecciones renales ascendentes incluso con pérdida total de la función renal; problemática de las estomas: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético, escapes de orina; estenosis de la unión uretero-intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EXENTERACIÓN PÉLVICA ANTERIOR Y DERIVACIÓN URINARIA TIPO STUDER

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Consiste en la extirpación de la vejiga. En el hombre habitualmente se extrae a la vez la próstata y las vesículas seminales y en el caso de la mujer, el útero, las trompas y los ovarios. La extirpación de la vejiga se acompaña de la extirpación de los ganglios pélvicos bilaterales. Reconstruir una vejiga con intestino que permite realizar la micción de forma natural a través de la uretra. (DERIVACION URINARIA TIPO STUDER).

Esta última opción no siempre es posible realizarla, dependiendo de las características del tumor y de sus condiciones anatómicas. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero en su situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la vejiga.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal; peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; hemorragias digestivas; problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas y aorta), lesiones venosas, sección del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocela y disfunción eréctil.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida asas intestinales a través de la herida); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Impotencia que puede ser tratada posteriormente.
- Problemática de la derivación urinaria: micción por recto u orificio abdominal; infecciones renales ascendentes incluso con pérdida total de la función renal; problemática de las estomas: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético, escapes de orina; estenosis de la unión uretero-intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prevenir el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

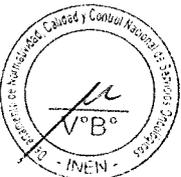
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EXPLORACIÓN URODINÁMICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y con anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. Es precisa la profilaxis con antibioterapia para evitar infecciones urinarias. La exploración requiere la colocación de sondas de pequeño calibre y electrodos que nos van a medir las presiones generadas en vejiga, uretra, recto y actividad eléctrica del esfínter uretral.

También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo en función de los hallazgos para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

No hay alternativa terapéutica eficaz, ya que las exploraciones radiológicas, ecográficas y neurológicas son complementarias.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Molestias al orinar de corta duración.
- Presencia de infección urinaria y/o sanguínea de gravedad variable.
- Presencia de sangre en la orina (hematuria).
- Inflamación y/o infección testicular.
- Reflejo vago – vagal.
- Reacción alérgica a los anestésicos locales que puede llegar a producir shock anafiláctico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...).

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

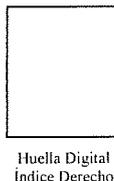
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Tras la infiltración con anestesia local en la zona, se extirpa la lesión (total o parcial). También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

No hay alternativa terapéutica eficaz, ya que las exploraciones radiológicas, ecográficas y neurológicas son complementarias.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: infección o hematoma de la herida quirúrgica, lesiones cutáneas por reacción alérgica a la medicación utilizada, cicatrices retráctiles o antiestéticas, molestias locales, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: reacción alérgica grave a los anestésicos locales que puede llegar a producir shock anafiláctico.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico y, a veces, pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia (evacuación de un hematoma, drenaje de un absceso, etc.).

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

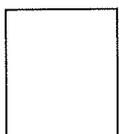
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto. decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO HIDROCELECTOMÍA PEDIÁTRICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Se hace un pequeño corte en la ingle donde está la hidrocele. Se liga y después se corta el conducto por el que llega el líquido hasta el escroto. Para terminar, suturamos los tejidos que hemos abierto hasta llegar a la piel.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El despertar de la anestesia suele ser rápido y ras su recuperación, después de algunas horas de observación, el niño puede irse a casa. Varios días después se visita de nuevo al paciente en la consulta.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

### Alternativas:

No existe otra forma de tratamiento.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano (sea abierta o endoscópica) quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Aparición de nuevo de la hidrocele, muy raramente. Si se produce puede ser necesaria otra intervención quirúrgica. No hay que confundirlo con la hinchazón que se produce después de la operación y que desaparece sin necesidad de tratamiento.
- Posibilidad de lesión de los vasos sanguíneos que van al testículo, ya que el conducto que produce la hidrocele está muy pegado a los mismos. Así se podría ocasionar una alteración en el desarrollo del testículo, muy raras veces.
- Infección de la herida quirúrgica, muy raramente.
- Pocas veces, la operación provoca que el testículo se quede retenido fuera de la bolsa escrotal. Si ocurre se debería hacer una nueva intervención para colocarlos en su lugar.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prevenir el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la Intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

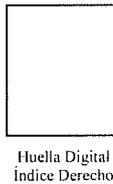
Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
INCISION CERVICO PROSTATICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

La técnica se realiza introduciendo un aparato de endoscopia (uretrotomo) por el cuello vesical con una cuchilla que permite seccionar la zona de estenosis.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Tras la intervención es preciso mantener una sonda uretral durante un periodo habitualmente de dos semanas. Para mantener el calibre de la uretra se realizan, tras la retirada de la sonda, dilataciones de uretra (sondaje con sondas de calibre progresivamente mayor).

**Objetivo:**

Es una intervención para el tratamiento de la estenosis del cuello vesical que pretende mejorar la calidad miccional y suprimir la sonda vesical permanente si fuera portador de ella. La estenosis es una cicatriz en el interior del cuello vesical que disminuye el calibre de éste.

**Alternativas:** Otras alternativas son la uretroplastia abierta y las prótesis, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la incisión cervico prostática endoscópica.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir mejora en la calidad miccional.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
- Desarrollo de una nueva estenosis uretral que requerirá tratamientos posteriores.
- Incontinencia urinaria que puede ser: total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal.
- Perforación de uretra durante el acto quirúrgico, que provoque extravasación del líquido de irrigación hacia las estructuras periuretrales, con la posibilidad de formación de un absceso.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Perforación de otros órganos (recto).
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....



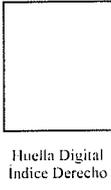
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

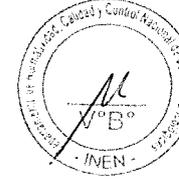
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....



(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
LAPAROTOMIA EXPLORADORA LAPAROSCÓPICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

**Procedimiento:**

La intervención consiste en la introducción a través de unos pequeños orificios de una cámara de video y pinza delgada para la revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se hará biopsia intraoperatoria y, dependiendo del resultado de esta, se decidirá el tipo de tratamiento posterior.

Todo material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:**

Ante la dificultad para llegar a un diagnóstico correcto, consideramos debe ser realizada una laparotomía exploradora, con el que se decidirá el tipo de tratamiento posterior.

**Alternativas:** Otra alternativa es, la abstención terapéutica, y buscar otras alternativas según el caso lo requiera.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la laparotomía exploradora por esta vía y tener que realizar una laparotomía exploradora convencional.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Infección urinaria por sondaje vesical.
- Hemorragias incoercibles.
- Lesiones de vísceras adyacentes (intestino, bazo, hígado, etc.), así como peritonitis, shock séptico y posible muerte.
- Complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotórax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fistula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.
- Enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutáneo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir un re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: LAPAROTOMIA EXPLORADORA ABIERTA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

La intervención consiste en apertura de la cavidad abdominal para la revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se hará biopsia intraoperatoria y, dependiendo del resultado de esta, se decidirá el tipo de tratamiento posterior.

Todo material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Ante la dificultad para llegar a un diagnóstico correcto, consideramos debe ser realizada una laparotomía exploradora, con el que se decidirá el tipo de tratamiento posterior.

**Alternativas:** Otra alternativa es, la abstención terapéutica, y buscar otras alternativas según el caso lo requiera.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Infección urinaria por sondaje vesical.
- Hemorragias incoercibles.
- Lesiones de vísceras adyacentes (intestino, bazo, hígado, etc.), así como peritonitis, shock séptico y posible muerte.
- Complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotórax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fistula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

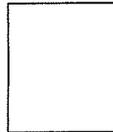
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

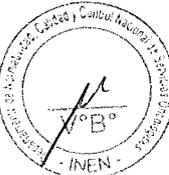
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: LINFADENECTOMIA ILIO INGUINAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Se procede a la extirpación del tejido linfático que rodea a los vasos pélvicos y femorales. Puede realizarse, solamente, una linfadenectomía inguinal uni o bilateral dependiendo de las características del tumor primitivo y de la afectación linfática. Habitualmente se practica a través de una incisión abdominal e inguinal uni o bilateral con anestesia general, también se puede realizar abordaje video-asistido. El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de tejido ganglionar ilio inguinocrural y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia son tratamientos paliativos.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de los ganglios ilio inguinales o conseguirlo solamente de forma parcial.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura. Necrosis de colgajos.
- Neuralgias (dolores nerviosos).
- Hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible.
- Edemas en una o ambas piernas y en escroto.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

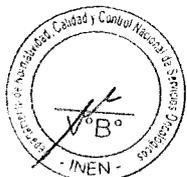
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





PERÚ

Sector Salud

INEN INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

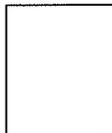
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

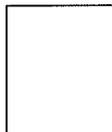
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN ADULTOS**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Se procede a la extirpación del tejido linfático que rodea a los grandes vasos retroperitoneales o por abordaje laparoscópico (aorta y vena cava inferior). Habitualmente se practica a través de una incisión abdominal o toracoabdominal con anestesia general. El postoperatorio normal puede ser prolongado y durante este tiempo se irán retirando la sonda o drenajes cuando el médico considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:**

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la masa residual tras quimioterapia, así como la desaparición de los síntomas derivados de la presencia de masas retroperitoneales, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No hay otra alternativa.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la masa retroperitoneal o conseguirlo solamente de forma parcial.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de reintervención, peritonitis –infección de la cavidad intestinal- con resultados imprevisibles, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica).
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperestésias –aumento de la sensibilidad- o hipoestésias –disminución de la sensibilidad).
- Hemorragias digestivas.
- Pérdida de la eyaculación.
- Linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible.
- Pérdida de un riñón de forma parcial o total de un segmento intestinal, del bazo o parte del páncreas.
- Lesiones de la aorta o la cava, o vasos ilíacos de gravedad variable que requieren colocación de prótesis pudiendo ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

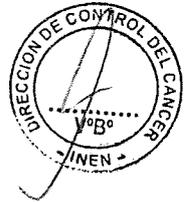
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

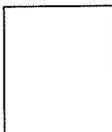
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL POST QUIMIOTERAPIA EN NIÑOS

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Se procede a la extirpación del tejido linfático que rodea a los grandes vasos retroperitoneales (aorta y vena cava inferior). Habitualmente se practica a través de una incisión abdominal o toracoabdominal con anestesia general. El postoperatorio normal puede ser prolongado y durante este tiempo se irán retirando la sonda o drenajes cuando el médico considere oportuno. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la masa residual tras quimioterapia, así como la desaparición de los síntomas derivados de la presencia de masas retroperitoneales, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No hay otra alternativa de tratamiento.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la masa retroperitoneal o conseguirlo solamente de forma parcial.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de reintervención, peritonitis –infección de la cavidad intestinal- con resultados imprevisibles, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica).
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura-, fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperestesis –aumento de la sensibilidad- o hipostesis –disminución de la sensibilidad).
- Hemorragias digestivas.
- Pérdida de la eyaculación.
- Linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible.
- Pérdida de un riñón de forma parcial o total de un segmento intestinal, del bazo o parte del páncreas.
- Lesiones de la aorta o la cava, o vasos ilíacos de gravedad variable que requieren colocación de prótesis pudiendo ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL PRIMARIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Se procede a la extirpación del tejido linfático que rodea a los grandes vasos retroperitoneales o por abordaje laparoscópico (aorta y vena cava inferior). Habitualmente se practica a través de una incisión abdominal o toracoabdominal con anestesia general. El postoperatorio normal puede ser prolongado y durante este tiempo se irán retirando la sonda o drenajes cuando el médico considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la enfermedad ganglionar y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** Evaluar la posibilidad de quimioterapia si el caso lo amerite.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la masa retroperitoneal o conseguirlo solamente de forma parcial.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de reintervención, peritonitis –infección de la cavidad intestinal- con resultados imprevisibles, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica).
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperestésias –aumento de la sensibilidad- o hipoestésias –disminución de la sensibilidad).
- Hemorragias digestivas.
- Pérdida de la eyaculación.
- Linforrea o pérdida de líquido linfático de duración imprevisible.
- Pérdida de un riñón de forma parcial o total de un segmento intestinal, del bazo o parte del páncreas.
- Lesiones de la aorta o la cava, o vasos ilíacos de gravedad variable que requieren colocación de prótesis pudiendo ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ... Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar) En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto. decido NO AUTORIZAR la realización de ... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar) y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
NEFRECTOMIA PARCIAL ABIERTA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Se procede a la extirpación del tumor renal para tratar el tumor maligno con intención curativa. Habitualmente las incisiones más comunes son la abdominal y la toracoabdominal en función del tamaño y localización de las lesiones. Esta intervención es una cirugía importante y su dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. El postoperatorio normal es corto y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:**

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del tumor renal y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del tumor renal con persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Desarrollo de una infección urinaria.
- Hemorragia incoercible.
- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma).
- Parálisis diafragmática.
- Piotorax o infección masiva de la cavidad torácica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura –apertura-, fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperesetias –aumento de la sensibilidad- o hipostesias –disminución de la sensibilidad-); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado...).
- Lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.) que puede ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis o infección de la cavidad intestinal).
- IRA e IRC

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

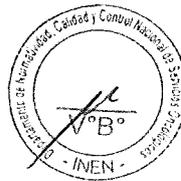
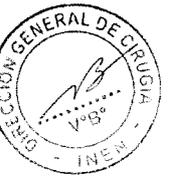
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

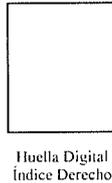
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

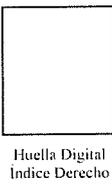
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

**Procedimiento:**

Se extirpa parcialmente el riñón enfermo a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO2 en el peritoneo o en el retroperitoneo. En la llamada “cirugía laparoscópica ayudada por la mano” uno de los orificios de entrada se amplía hasta un diámetro suficiente para que el cirujano pueda introducir una mano dentro de la cavidad abdominal para facilitar la disección y posterior extracción de riñones tumorales o de mayor tamaño.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:**

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del tumor renal y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación parcial del riñón por esta vía y tener que realizar una cirugía convencional.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Infección urinaria por sondaje vesical.
- Hemorragias incoercibles.
- Lesiones de vísceras adyacentes (intestino, bazo, hígado, etc.), así como peritonitis, shock séptico y posible muerte.
- Complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotorax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fístula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.
- Enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutáneo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

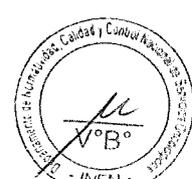
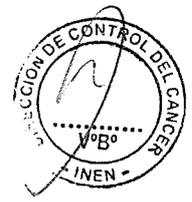
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

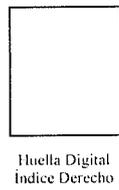
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

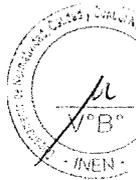
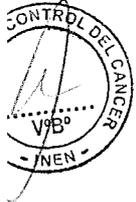
(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
NEFRECTOMIA RADICAL ABIERTA + TROMBECTOMIA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Se procede a la extirpación radical del riñón para tratar un tumor maligno de gran tamaño y, habitualmente con intención curativa o paliativa. Cuando la vena cava está afectada, será necesario actuar sobre ella y sobre la vena renal para extirpar el trombo. Puede, en ocasiones, asociarse a una linfadenectomía regional o radical (cuando el tumor es localmente avanzado y avanzado). De forma excepcional la nefrectomía puede realizarse tras inmunoterapia. Habitualmente las incisiones más comunes son la abdominal y la toracoabdominal en función del tamaño y localización de las lesiones. Esta intervención es una cirugía importante y su dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. El postoperatorio normal es corto y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del riñón con persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Desarrollo de una infección urinaria.
- Hemorragia incoercible.
- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma).
- Parálisis diafragmática.
- Piotorax o infección masiva de la cavidad torácica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura –apertura-, fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperesetasias –aumento de la sensibilidad- o hipoestesias –disminución de la sensibilidad-); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado...).
- Lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.) que puede ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis o infección de la cavidad intestinal).
- IRA e IRC.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



PERÚ

Sector Salud

INEN INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Es la extirpación total del riñón enfermo a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO<sub>2</sub> en el peritoneo o en el retroperitoneo. En la llamada "cirugía laparoscópica ayudada por la mano" uno de los orificios de entrada se amplía hasta un diámetro suficiente para que el cirujano pueda introducir una mano dentro de la cavidad abdominal para facilitar la disección y posterior extracción del riñón tumoral o de mayor tamaño.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del tumor renal y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación total del riñón por esta vía y tener que realizar una cirugía convencional.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Infección urinaria por sondaje vesical.
- Hemorragias incoercibles.
- Lesiones de vísceras adyacentes (intestino, bazo, hígado, etc.), así como peritonitis, shock séptico y posible muerte.
- Complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotorax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fistula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.
- Enfisema subcutáneo o paso del CO<sub>2</sub> al tejido celular subcutáneo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



PERÚ

Sector Salud

INEN INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

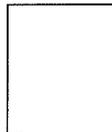
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

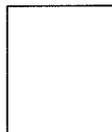
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
NEFRECTOMIA RADICAL ABIERTA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Se procede a la extirpación radical del riñón para tratar un tumor maligno de gran tamaño y, habitualmente con intención curativa o paliativa. Cuando la vena cava está afectada, será necesario actuar sobre ella y sobre la vena renal para extirpar el trombo. Puede, en ocasiones, asociarse a una linfadenectomía regional o radical (cuando el tumor es localmente avanzado y avanzado). De forma excepcional la nefrectomía puede realizarse tras inmunoterapia. Habitualmente las incisiones más comunes son la abdominal y la toracoabdominal en función del tamaño y localización de las lesiones. Esta intervención es una cirugía importante y su dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. El postoperatorio normal es corto y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del riñón con persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Desarrollo de una infección urinaria.
- Hemorragia incoercible.
- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma).
- Parálisis diafragmática.
- Piotorax o infección masiva de la cavidad torácica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura –apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperesetias – aumento de la sensibilidad- o hipoestesis –disminución de la sensibilidad-); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado...).
- Lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.) que puede ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis o infección de la cavidad intestinal).
- IRA e IRC

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

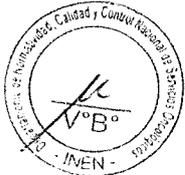
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

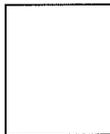
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: NEFRECTOMIA SIMPLE ABIERTA O LAPAROSCÓPICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Se extirpa solo el riñón sin la grasa que lo envuelve por vía abierta o a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO2 en el peritoneo o en el retroperitoneo. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la lesión renal y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** Otra alternativa es, la abstención terapéutica, y buscar otras alternativas según el caso lo requiera.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación simple del riñón por esta vía laparoscópica y tener que realizar una cirugía convencional.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Infección urinaria por sondaje vesical.
- Hemorragias incoercibles.
- Lesiones de vísceras adyacentes (intestino, bazo, hígado, etc.), así como peritonitis, shock séptico y posible muerte.
- Complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotorax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fístula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.
- Enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutáneo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

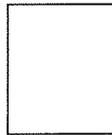
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
NEFROURETERECTOMIA RADICAL + CUÑA VESICAL ABIERTA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Se procede a la extirpación radical del riñón, uréter, cuña vesical ipsilateral y ganglios regionales para tratar un tumor maligno de gran tamaño y, habitualmente con intención curativa o paliativa. Habitualmente las incisiones más comunes son la abdominal y la toracoabdominal en función del tamaño y localización de las lesiones. En ocasiones la vena cava está afectada, en cuyo caso será necesario actuar sobre ella y sobre la vena renal para extirpar el trombo. Esta intervención es una cirugía importante y su dificultad y gravedad dependen de la enfermedad del riñón y de las características del enfermo. El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del tumor de pelvis renal y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del riñón, uréter, cuña vesical ipsilateral y ganglios regionales con persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Desarrollo de una infección urinaria.
- Hemorragia incoercible.
- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma).
- Parálisis diafragmática.
- Píotórax o infección masiva de la cavidad torácica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura –apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperesetias –aumento de la sensibilidad- o hipoesetias –disminución de la sensibilidad-); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado...).
- Lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.) que puede ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis o infección de la cavidad intestinal).
- IRA e IRC

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

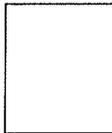
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
NEFROURETERECTOMIA RADICAL + CUÑA VESICAL LAPAROSCÓPICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Se procede a la extirpación radical del riñón, uréter, cuña vesical ipsilateral y ganglios regionales para tratar un tumor maligno de gran tamaño y, habitualmente con intención curativa o paliativa, a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO<sub>2</sub> en el peritoneo o en el retroperitoneo. En la llamada "cirugía laparoscópica ayudada por la mano" uno de los orificios de entrada se amplía hasta un diámetro suficiente para que el cirujano pueda introducir una mano dentro de la cavidad abdominal para facilitar la disección y posterior extracción de riñones tumorales o de mayor tamaño.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del tumor de pelvis renal y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del riñón, uréter, cuña vesical ipsilateral y ganglios regionales por esta vía con persistencia de la sintomatología previa, y tener que realizar una cirugía convencional.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Infección urinaria por sondaje vesical.
- Hemorragias incoercibles.
- Lesiones de vísceras adyacentes (intestino, bazo, hígado, etc.), así como peritonitis, shock séptico y posible muerte.
- Complicaciones secundarias a la apertura del tórax, como neumonía, hemotórax, hernia diafragmática, piotorax e infección masiva de la cavidad torácica, parálisis diafragmática e insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, infección, dehiscencia de suturas, herniación de un asa intestinal por algún orificio, fístula, defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.
- Enfisema subcutáneo o paso del CO<sub>2</sub> al tejido celular subcutáneo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: ORQUIECTOMIA BILATERAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN; “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Se procede a la extirpación total de ambos testículos. La orquiectomía bilateral está indicada en aquellos procesos en los cuales interesa provocar una disminución en los niveles de la testosterona en sangre (hormona masculina), como es en el carcinoma de próstata para un mejor control del mismo. La incisión se realiza en la piel escrotal. El postoperatorio suele ser corto pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende evitar la producción de testosterona. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** Las alternativas pueden ser el tratamiento hormonal con inyectables u otros tratamientos médicos, pero en su caso la opción terapéutica más aconsejable es la orquiectomía bilateral.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del testículo.
- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Hernia inguinal secundaria.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); fistulas temporales o permanentes; defectos estéticos; intolerancia a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Dolor escrotal crónico.
- En caso de colocar prótesis, posibilidad de re chazo y/o infección.
- Síntomas por falta de hormona masculina (sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular y ósea, principalmente).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

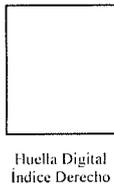
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

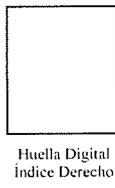
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: ORQUIECTOMIA RADICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Se procede a la extirpación total. También se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular. La orquiectomía radical está indicada en procesos tumorales, infecciosos que destruyeron el testículo, y en casos de atrofia testicular (pudiéndose colocar posteriormente una prótesis). La incisión se realiza en la zona inguinal del lado a extirpar. El postoperatorio suele ser corto pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.



### Objetivo:

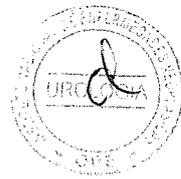
Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del testículo enfermo, la desaparición de los síntomas derivados. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.



**Alternativas:** No hay otra alternativa de tratamiento.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.



### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del testículo.
- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Hernia inguinal secundaria.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); fistulas temporales o permanentes; defectos estéticos; intolerancia a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Dolor escrotal crónico.
- En caso de colocar prótesis, posibilidad de re chazo y/o infección.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

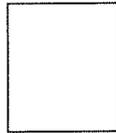
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: PENECTOMIA PARCIAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Se extirpa parcialmente el pene y está indicada en casos de tumores de pene o lesiones que destruyen el órgano. Esta intervención puede acompañarse de vaciamiento ganglionar (linfadenectomía). La incisión se realiza en la piel peneana. En este caso se requiere el abocamiento de la uretra en el muñón peneano restante. El postoperatorio es relativamente corto si no surgen complicaciones con posterior control ambulatorio, pudiendo retirar la sonda antes de la cicatrización uretral completa.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de un tumor del pene enfermo y la desaparición de los síntomas derivados del mismo. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** En caso de tumor pequeño las alternativas son la radioterapia, braquiterapia o laserterapia, pero en su caso la opción terapéutica más recomendable es la penectomía parcial.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura – apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperestesia –aumento de la sensibilidad- o hipoestesis – disminución de la sensibilidad-).
- Estenosis del nuevo meato.
- Necesidad de orinar sentado en caso de muñón pequeño.
- Tromboembolismos venosos y/o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragias digestivas.
- Necrosis peneana.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

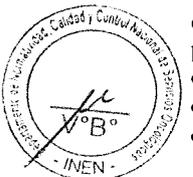
Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

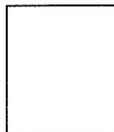
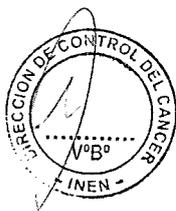
Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente). Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
2. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
3. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
4. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: PENECTOMIA TOTAL O EMASCULACION

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Se extirpa totalmente el pene o además la extirpación de escroto y testículos y está indicada en casos de tumores de pene o lesiones que destruyen el órgano. Esta intervención puede acompañarse de vaciamiento ganglionar (linfadenectomía). La incisión se realiza en la piel peneoescretal. En este caso se requiere el abocamiento de la uretra al periné. El postoperatorio es relativamente corto si no surgen complicaciones con posterior control ambulatorio, pudiendo retirar la sonda antes de la cicatrización uretral completa.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### Objetivo:

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del pene enfermo y la desaparición de los síntomas derivados del mismo. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** No existe otra opción terapéutica, pero en su caso la opción terapéutica más recomendable es la penectomía total o emasculación.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura – apertura-, fistulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperestesia –aumento de la sensibilidad- o hipoestesis – disminución de la sensibilidad-).
- Estenosis del nuevo meato.
- Necesidad de orinar.
- Tromboembolismos venosos y/ o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones derivadas de la linfadenectomía (lesión vascular, lesión nerviosa, lesión de uréter y/ o vejiga, linfocele, dificultad de drenaje de la pierna, linforrea persistente y que si son graves pueden dejar secuelas – movilidad de la pierna, neuralgias, principalmente).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: PIELOGRAFIA ASCENDENTE

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Procedimiento:

Se realiza introduciendo por la uretra el endoscopio y ascendiéndolo por la luz del uréter hasta la pelvis renal, para ingresar la sustancia de contraste. Mediante este procedimiento se pretende llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad pieloureteral.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Al terminar puede ser necesario colocar un catéter en el uréter que se mantendrá por un periodo de tiempo variable.

**Objetivo:** Es una exploración endoscópica de la pelvis renal y del uréter. Está indicada para el estudio de alteraciones uréter-pelvis, no aclaradas por los métodos radiológicos convencionales o como tratamiento alternativo de algunos procesos. En algunos casos, es posible realizar en el momento de la exploración el tratamiento de la patología o alteración que se encuentre (resección de un tumor de uréter o extracción de un cálculo). En otras ocasiones esta exploración nos dará información para decidir el abordaje posterior del problema mediante otras técnicas.

**Alternativas:** Otras alternativas son procedimientos abiertos, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la pielografía ascendente.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Imposibilidad de realizarla por estenosis ureteral, hemorragia, etc.
- Rotura de instrumentos o de catéteres quedando restos en el interior de la vía y que precisarán de otras maniobras o intervenciones para su extracción.
- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención, requerir transfusión, etc.
- Perforación ureteral, con extravasado del líquido de irrigación con sus posibles complicaciones (reabsorción, absceso, etc.).
- Desinserción del uréter de vejiga o lesión del uréter, total o parcialmente, que puede requerir de reanastomosis quirúrgica del mismo.
- Fibrosis reactivas y estenosis ureterales, a largo plazo.
- Cólicos renales, por fragmentos litiasicos, coágulos, edemas de mucosa.
- Perforación de viscera hueca (intestino, vejiga).
- Perforaciones vasculares, como importante hemorragia.
- Complicaciones hemorrágicas y/ o infectivas.
- Estenosis uretral.
- Septicemia, inherente a todo acto endoscópico urológico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:** Es la extirpación total de la próstata y de vesículas seminales, se practica a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación de CO2 en el espacio de Retzius.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado o no realizarla, porque la enfermedad está más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas. En este caso seguirá tratamiento hormonal o radioterapia que es una forma muy efectiva de controlar el crecimiento y la evolución del tumor maligno de la próstata. Tendrá que llevar sonda por un periodo corto.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** Otras alternativas son la radioterapia, el tratamiento hormonal y la cirugía paliativa (orquiectomía, etc.) pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la prostatectomía radical.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:** Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:** Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la próstata.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal que precisa la práctica de reintervención; peritonitis (infección de la cavidad intestinal).
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida del paquete intestinal); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Impotencia (imposibilidad física de erección penéana), en un elevado número de casos.
- Incontinencia urinaria, sobre todo nocturna en un elevado número de casos.
- Problemas derivados de la linfadenectomía necesaria antes de la propia prostatectomía (aunque dentro del mismo acto quirúrgico): lesiones vasculares severas (arterias aorta, ilíacas, hipogástricas); lesiones venosas (estas lesiones pueden dar lugar a hemorragias importantes; lesiones uretrales tanto en la realización de la propia prostatectomía o la linfadenectomía; perforación; desinserción; fibrosis reactiva y estenosis a largo plazo; linfocele, lesiones de uretra.
- Retención urinaria al retirarse la sonda y/ o estenosis de la unión vesicouretral, que pueden requerir nuevo sondaje, punción vesical o nueva cirugía.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

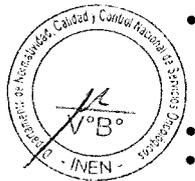
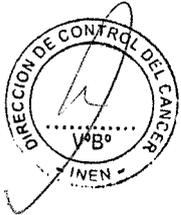
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: PROSTATECTOMIA RADICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:** Es la extirpación total de la próstata y de vesículas seminales, se practica habitualmente a través de una incisión abdominal, por encima del pubis. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado o no realizarla, porque la enfermedad está más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas. En este caso seguirá tratamiento hormonal o radioterapia que es una forma muy efectiva de controlar el crecimiento y la evolución del tumor maligno de la próstata. Tendrá que llevar sonda por un periodo amplio.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo del órgano y las complicaciones generales y de los órganos vecinos, y así, de esta manera, evitar la progresión de la enfermedad.

**Alternativas:** Otras alternativas son la radioterapia, el tratamiento hormonal y la cirugía paliativa (orquiectomía, etc.) pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la prostatectomía radical.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:** Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:** Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la próstata.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal que precisa la práctica de reintervención; peritonitis (infección de la cavidad intestinal).
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida del paquete intestinal); fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Impotencia (imposibilidad física de erección peneana), en un elevado número de casos.
- Incontinencia urinaria, sobre todo nocturna en un elevado número de casos.
- Problemas derivados de la linfadenectomía necesaria antes de la propia prostatectomía (aunque dentro del mismo acto quirúrgico): lesiones vasculares severas (arterias aorta, ilíacas, hipogástricas); lesiones venosas (estas lesiones pueden dar lugar a hemorragias importantes; lesiones uretrales tanto en la realización de la propia prostatectomía o la linfadenectomía; perforación; desinserción; fibrosis reactiva y estenosis a largo plazo; linfocele, lesiones de uretra).
- Retención urinaria al retirarse la sonda y/ o estenosis de la unión vesicouretral, que pueden requerir nuevo sondaje, punción vesical o nueva cirugía.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ). o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

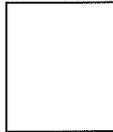
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

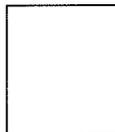
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ). o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: RESECCION TRANS URETRAL DE PROSTATA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:** Consiste en la introducción por uretra de un instrumento, el resector, con el cual se corta la próstata en pequeños fragmentos. En esta operación es normal la pérdida moderada de sangre.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Terminada la operación se coloca una sonda vesical por la que se realizan lavados de la vejiga con suero hasta la desaparición del sangrado (entre 24 y 48 horas). El postoperatorio normal es de 3-7 días tras lo cual se retirará la sonda vesical. Los primeros días es normal notar escozor o sangrado con las primeras micciones, que irán desapareciendo.

**Objetivo:** Es la extirpación de parte de la próstata, que por su crecimiento obstruye el cuello de la vejiga y dificulta o impide la micción. Esta intervención se practica en casos de crecimiento benigno de la próstata, adenoma, o de crecimiento maligno, carcinoma y menos frecuentemente por otras enfermedades de la próstata.

**Alternativas:** Otras alternativas son la adenomectomía prostática abierta, el tratamiento médico y el catéter permanente, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la resección transuretral de próstata.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:** Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir mejora de la calidad miccional.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.
- Desarrollo de una estenosis uretral que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores.
- Incontinencia urinaria que puede ser: total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal.
- Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico: recto; intestino; vejiga. De suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente y necesaria de otra intervención distinta que consistiría en una laparotomía (apertura del abdomen), de consecuencias imprevisibles, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Dicho síndrome puede variar desde leve intensidad (ceguera o visión borrosa transitoria, hipotensión,...) a gravedad máxima.
- Eyaculación retrógrada con probable esterilidad.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes.
- Esta cirugía no elimina el riesgo de desarrollo futuro de un cáncer en el tejido que no se extirpa.
- Impotencia
- ITU – sepsis

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

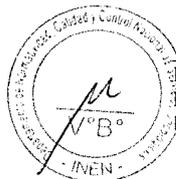
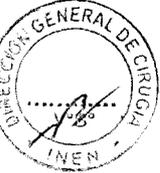
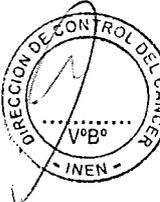
(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
RESECCION TRANS URETRAL DE VEJIGA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Consiste en la extirpación en pequeños fragmentos de tejido vesical mediante un aparato que introducimos por la uretra, denominado resector. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Terminada la operación se coloca una sonda vesical por la que se realizan lavados de la vejiga con suero hasta la desaparición del sangrado (entre 24 y 48 horas). El postoperatorio normal es de 3-7 días tras lo cual se retirará la sonda vesical. Los primeros días es normal notar escozor, sangrado o imperiosidad con las primeras micciones, que irán desapareciendo.

**Objetivo:** Es el tratamiento de los tumores de vejiga, aunque también puede ser un procedimiento diagnóstico para evaluar lesiones sospechosas en vejiga o realizar un control biopsico tras tratamiento de tumores vesicales. La resección transuretral de vejiga puede ser un tratamiento quirúrgico único y suficiente en el caso de tumores superficiales de vejiga (con poca infiltración de la pared vesical). En caso de tumores infiltrantes el tratamiento ha de completarse con otros tipos de cirugía mayor (Cistectomía), quimioterapia o radioterapia.

**Alternativas:** Otras alternativas son la cirugía abierta, la radioterapia y la quimioterapia, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la resección transuretral de vejiga.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir el cese de la hematuria.
- No poder eliminar la totalidad de la masa tumoral.
- Desarrollo de una estenosis uretral que provoque una nueva enfermedad que requiera tratamientos posteriores.
- Incontinencia urinaria que puede ser: total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal.
- Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico: recto; intestino. De suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente de otra intervención distinta que consistiría en una laparotomía (apertura del abdomen) de consecuencias imprevisibles, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte.
- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Dicho síndrome puede variar desde leve intensidad (ceguera o visión borrosa transitoria, hipotensión) a gravedad máxima.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes.
- ITU
- Sepsis

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:



Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ... Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...



(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar) En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.



Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Huella Digital Índice Derecho



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: RETIRO DE DOBLE J

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:** Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se retira un catéter interno que estuvo colocado previamente en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga) y se retira por la uretra. Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio con un gel anestésico en uretra, que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende retirar el catéter doble J colocado previamente por algún motivo determinado.

**Alternativas:** Las alternativas son la cirugía abierta y el drenaje percutáneo del riñón, pero en su caso, lo más aconsejable es la colocación de doble J.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**  
Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**  
Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**  
A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, cuya producción es infrecuente.
- Infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles.
- Perforación ureteral con riesgo de sangrado.
- Infección.
- Reabsorción de líquidos, todas ellas de consecuencias imprevisibles, que pueden precisar nueva intervención o manipulación.
- ITU + Sepsis
- Imposibilidad de colocar el catéter y posibilidad de nefrostomía

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.  
Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.  
De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**  
Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**  
Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:  
A. Dolor  
B. Sangrado  
C. Fiebre  
D. Malestar general  
Acudir a su médico inmediatamente.



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de ...

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
TRATAMIENTO ENDOVESICAL CON BCG**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

Es necesario administrar periódicamente, a través de un sondaje uretral hasta la vejiga una sustancia llamada bacilo de Calmette-Guerin (BCG)-, etc.

También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo en función de los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende que no recidive el tumor primitivo, o que, en caso de recidiva aumente el tiempo libre de la enfermedad y no progrese el tumor de grado y por tanto que no se haga más maligno.

**Alternativas:** La única alternativa consistiría en no administrar ningún tratamiento y dejar el tumor a su evolución natural.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Sintomatología miccional: aumento de la frecuencia miccional o poliuria, escozor, dolor vesical o uretral, dolor al realizar un coito o coitalgia e incluso algún episodio de hematuria.
- Lesiones cicatriciales a nivel de la uretra o de la vejiga bien debido al producto administrado o bien a infecciones uretrales o vesicales por los sondajes como estenosis de uretra, abscesos uretrales, vejiga pequeña e incluso perforación de la uretra o de la vejiga debido a los sondajes repetidos.
- Infección uretral prostática, renal o general produciendo fiebre alta u otras complicaciones a nivel de otros órganos (hígado, pulmón, corazón, etc.).
- Complicaciones alérgicas debidas al producto administrado (anafilaxia y shock).
- Disminución de las defensas del organismo produciéndose una disminución de los leucocitos y/o anemia.
- Diseminación tuberculosa debido a la administración del BCG.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

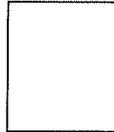
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: TRATAMIENTO ENDOVESICAL CON MITOMICINA C

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

Es necesario administrar periódicamente, a través de un sondaje uretral hasta la vejiga una sustancia llamada mitomicina C.

También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo en función de los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende que no recidive el tumor primitivo, o que, en caso de recidiva aumente el tiempo libre de la enfermedad y no progrese el tumor de grado y por tanto que no se haga más maligno.

**Alternativas:** La única alternativa consistiría en no administrar ningún tratamiento y dejar el tumor a su evolución natural.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Sintomatología miccional: aumento de la frecuencia miccional o poliuriuria, escozor, dolor vesical o uretral, dolor al realizar un coito o coitalgia e incluso algún episodio de hematuria.
- Lesiones cicatriciales a nivel de la uretra o de la vejiga bien debido al producto administrado o bien a infecciones uretrales o vesicales por los sondajes como estenosis de uretra, abscesos uretrales, vejiga pequeña e incluso perforación de la uretra o de la vejiga debido a los sondajes repetidos.
- Infección uretral prostática, renal o general produciendo fiebre alta u otras complicaciones a nivel de otros órganos (hígado, pulmón, corazón, etc.).
- Complicaciones alérgicas debidas al producto administrado (anafilaxia y shock).
- Disminución de las defensas del organismo produciéndose una disminución de los leucocitos y/o anemia.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

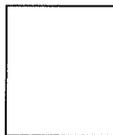
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE: VARICOCELECTOMIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

### Procedimiento:

La intervención consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas. La incisión se realiza a nivel inguinal o escrotal.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El postoperatorio de esta intervención es corto, entre 1 y 3 días.

### Objetivo:

La varicocelectomía es un procedimiento que consiste identificar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas, de esta manera mejorar la fertilidad, así como la mejora de las molestias que el varicocele pueda ocasionar.

**Alternativas:** En su caso la mejor alternativa terapéutica es la varicocelectomía.

### Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

### Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Existe un porcentaje de casos en que la fertilidad no mejora a pesar de la corrección del varicocele.
- Persistencia de las molestias y de las dilataciones varicosas en el escroto.
- Formación de una hidrocele (líquido en el escroto).
- Formación de un hematoma escrotal.
- Atrofia del testículo.
- Aparición de una hernia inguinal.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria; fistulas permanentes o temporales; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales; intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( )

Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
URETROTOMIA INTERNA O ENDOSCOPICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:**

La técnica se realiza introduciendo un aparato de endoscopia (uretrotomo) por la uretra con una cuchilla que permite seccionar la zona de estenosis.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Tras la intervención es preciso mantener una sonda uretral durante un periodo habitualmente de dos semanas. Para mantener el calibre de la uretra se realizan, tras la retirada de la sonda, dilataciones de uretra (sondaje con sondas de calibre progresivamente mayor).

**Objetivo:** La uretrotomía endoscópica es una intervención para el tratamiento de la estenosis de uretra que pretende mejorar la calidad miccional y suprimir la sonda vesical permanente si fuera portador de ella. La estenosis es una cicatriz en el interior de la uretra que disminuye el calibre de ésta.

**Alternativas:** Otras alternativas son la uretroplastia abierta y las prótesis, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la uretrotomía endoscópica.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir mejora en la calidad miccional.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
- Desarrollo de una nueva estenosis uretral que requerirá tratamientos posteriores.
- Incontinencia urinaria que puede ser: total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal.
- Perforación de uretra durante el acto quirúrgico, que provoque extravasación del líquido de irrigación hacia las estructuras periuretrales, con la posibilidad de formación de un absceso.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Perforación de otros órganos (recto).
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

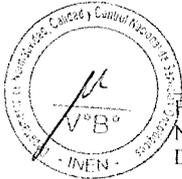
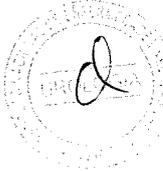
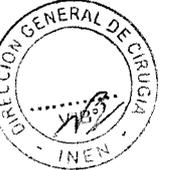
(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en .....: con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
URETERORRENOSCOPIA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:** Se realiza introduciendo por la uretra el endoscopio y ascendiéndolo por la luz del uréter. Mediante este procedimiento se pretende fragmentar o extraer los cálculos por vía endoscópica y llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad pieloureteral.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Al terminar puede ser necesario colocar un catéter en el uréter que se mantendrá por un periodo de tiempo variable.

**Objetivo:** La ureterorrenoscopia es una exploración endoscópica del uréter y, en ocasiones, de la pelvis renal. Está indicada para el estudio de alteraciones uréter-pelvis, no aclaradas por los métodos radiológicos convencionales o como tratamiento alternativo de algunos procesos.

En algunos casos, es posible realizar en el momento de la exploración el tratamiento de la patología o alteración que se encuentre (resección de un tumor de uréter o extracción de un cálculo). En otras ocasiones esta exploración nos dará información para decidir el abordaje posterior del problema mediante otras técnicas.

**Alternativas:** Otras alternativas son la cirugía abierta y la litotricia, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es ureterorrenoscopia.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Imposibilidad de realizarla por estenosis ureteral, hemorragia, etc.
- Rotura de instrumentos o de catéteres quedando restos en el interior de la vía y que precisarán de otras maniobras o intervenciones para su extracción.
- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención, requerir transfusión, etc.
- Perforación ureteral, con extravasado del líquido de irrigación con sus posibles complicaciones (reabsorción, absceso, etc.).
- Desinserción del uréter de vejiga o lesión del uréter, total o parcialmente, que puede requerir de reanastomosis quirúrgica del mismo.
- Fibrosis reactivas y estenosis ureterales, a largo plazo.
- Cólicos renales, por fragmentos litiásicos, coágulos, edemas de mucosa.
- Perforación de víscera hueca (intestino, vejiga).
- Perforaciones vasculares, como importante hemorragia.
- Complicaciones hemorrágicas y/ o infectivas.
- Estenosis uretral.
- Septicemia, inherente a todo acto endoscópico urológico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

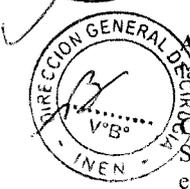
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- Dolor
- Sangrado
- Fiebre
- Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ). Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de ..... (Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
URETEROLITOTOMIA ENDOSCOPIA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

**Procedimiento:** Se procede a la extracción de cálculos urinarios localizados en el uréter, a través de una técnica quirúrgica endoscópica mediante ureterorenoscopia y su destrucción con un láser o un litotriptor neumático, extrayéndose posteriormente los fragmentos a través de la uretra, se realiza con anestesia general o regional. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los cálculos situados en el uréter, resolviendo así el problema de la obstrucción.

**Alternativas:** Otras alternativas son la Litotricia extracorpórea, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la ureterolitotomía.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**  
Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**  
Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- Imposibilidad de realizar la intervención programada por causas diversas (hemorragia, problemas anestésicos, etc).
- Complicaciones del procedimiento que pueden hacer necesario finalizar la intervención con una derivación cutánea de la orina o incluso con la extirpación del riñón.
- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención.
- Lesiones del uréter, perforación del uréter.
- Salida de orina por la herida a retroperitoneo o a cavidad abdominal, o el drenaje que puede requerir el uso de catéter interno o externo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

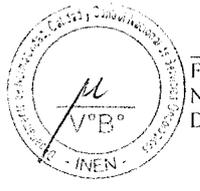
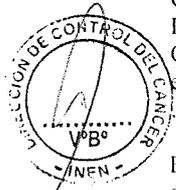
(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE:  
URETERECTOMIA RADICAL CON CUÑA VESICAL + REIMPLANTE URETERAL**  
(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Procedimiento:** Se procede a la extirpación del uréter distal, cuña vesical ipsilateral y reimplante del uréter a la vejiga, y ganglios regionales para tratar un tumor maligno y, habitualmente con intención curativa o paliativa. Habitualmente las incisiones más comunes son la abdominal mediana en función del tamaño y localización de las lesiones. El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la porción distal o final del uréter, cuña vesical ipsilateral y ganglios regionales y la desaparición de los síntomas que provoca.

**Alternativas:** No existe otra opción como tratamiento curativo, ya que la radioterapia, la quimioterapia o la inmunoterapia son tratamientos paliativos.

**Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico al órgano quedará una cicatriz acorde a este.

**Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:**

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales y aparición de nuevos, con riesgo de progresión de enfermedad. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con medicamentos.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugía previa), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación del uréter, cuña vesical ipsilateral y ganglios regionales con persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Desarrollo de una infección urinaria.
- Hemorragia incoercible.
- Complicaciones pulmonares (neumonía, hemotórax o sangrado en la cavidad torácica, hernia diafragmática como consecuencia de la apertura del diafragma).
- Parálisis diafragmática.
- Piotorax o infección masiva de la cavidad torácica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección, dehiscencia de sutura –apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias –dolores nerviosos-, hiperesetasias –aumento de la sensibilidad- o hipoestetasias –disminución de la sensibilidad-); lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado...).
- Lesión vascular importante (vena cava, aorta, arteria y vena suprarrenales, etc.) que puede ocasionar la muerte.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis o infección de la cavidad intestinal).
- IRA e IRC

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una re intervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:**

Es necesario por parte del paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales, para prever el uso adecuado de medicamentos.

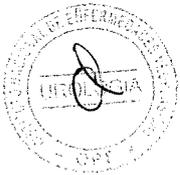
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Fiebre
- D. Malestar general

Acudir a su médico inmediatamente.





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS  
INFORMACIÓN AL PACIENTE



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ). Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de .....

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital  
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....