

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 22 de DICIEMBRE 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° 175-2020-SGC-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y el Informe N° 000929-2020-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° 175-2020- SGC-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, indica que luego de haber analizado los treinta y dos (32) formatos de consentimiento informado del Departamento de Cirugía en Tórax 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 merito 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 en Tórax, 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;

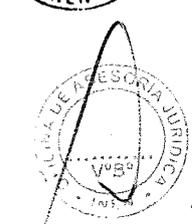
SE RESUELVE:

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

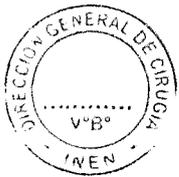
ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la difusión de presente resolución, así como su publicación en la página web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

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



N°	LISTADO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN TÓRAX
1	LOBECTOMÍA PULMONAR
2	NEUMONECTOMÍA PULMONAR
3	BILOBECTOMÍA PULMONAR DERECHA
4	LOBECTOMÍA PULMONAR Y RESECCIÓN BRONQUIAL EN MANGUITO
5	SEGMECTOMÍA PULMONAR
6	RESECCIÓN SUBLOBAR PULMONAR
7	RESECCIÓN EN CUÑA PULMONAR
8	PLEURONEUMONECTOMÍA PULMONAR
9	RESECCIÓN DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO
10	BIOPSIAS MULTIPLES DE CAVIDAD TORÁCICA
11	METASTASECTOMÍA PULMONAR
12	PLEURODESIS
13	MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL ANTERIOR
14	MEDIASTINOTOMÍA ANTERIOR
15	ESOFAGUECTOMÍA
16	RESECCION DE PARED TORÁCICA
17	RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL ANTERIOR
18	RESECCIÓN DEL TIMO
19	RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL POSTERIOR
20	RESECCIÓN DE TUMOR INTRATORÁCICO GIGANTE
21	VENTANA PERICÁRDICA
22	EXPLORACIÓN QUIRURGICA TORÁCICA Y HEMOSTASIA
23	EXPLORACIÓN QUIRURGICA TORÁCICA
24	VIDEOBRONCOSCOPIA FLEXIBLE
25	BRONCOSCOPIA RÍGIDA
26	BIOPSIA INTRATORÁCICA PERCUTÁNEA POR ASPIRACIÓN
27	DRENAJE PERICÁRDICO
28	PERICARDIOCENTESIS
29	COLOCACIÓN DE DRENAJE PLEURAL
30	TORACOCENTESIS
31	BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA DE ABRAMS
32	CIRUGÍA VASCULAR



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
LOBECTOMÍA PULMONAR
(CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)**

(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 lobectomía pulmonar es un procedimiento quirúrgico que sirve para retirar una parte del pulmón donde se encuentra el tejido enfermo (tumor o lesión no tumoral). Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada y alrededores (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar una parte del pulmón y otros tejidos removidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el lóbulo pulmonar afectado es mediante toracotomía o videotoracoscopia, y acuerdo a los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para el paciente, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar.

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Controlar la enfermedad y contribuir a establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentar dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

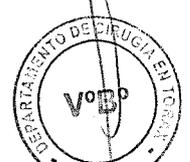
Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

LOBECTOMÍA PULMONAR

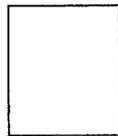
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

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 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:

LOBECTOMÍA PULMONAR

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:

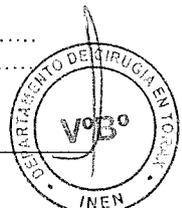
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho



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





PERU

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO NEUMONECTOMÍA PULMONAR (CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)

(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 neumonectomía pulmonar es un procedimiento quirúrgico para retirar completamente el pulmón donde se encuentra el tejido enfermo (tumor o lesión no tumoral). Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada y alrededores (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar el pulmón y otros tejidos removidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el pulmón afectado es mediante toracotomía o videotoracoscopia y acuerdo a los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionarle el tratamiento más adecuado, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general, la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará eventualmente un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar.

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Controlar la enfermedad y establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

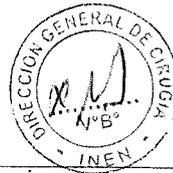
Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

NEUMONECTOMÍA PULMONAR

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 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°: ...

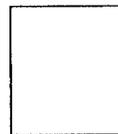
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

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:

NEUMONECTOMÍA PULMONAR

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.

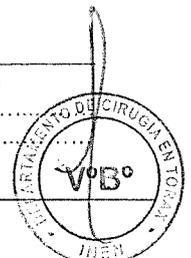
FECHA: ... HORA: ...



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

Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BILOBECTOMÍA PULMONAR DERECHA (CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)

(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 bilobectomía pulmonar consiste en retirar dos lóbulos completos del pulmón derecho por la presencia de una tumoración (o lesión) pulmonar que compromete (infiltra) ambos lóbulos pulmonares. Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada y alrededores (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar una parte del pulmón y otros tejidos removidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico

El abordaje quirúrgico para poder extraer el pulmón afectado es mediante toracotomía o videotoracoscopia y acuerdo a los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionarle el tratamiento más adecuado, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general, la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Controlar la enfermedad y establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

BILOBECTOMÍA PULMONAR DERECHA

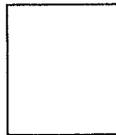
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 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 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:

BILOBECTOMÍA PULMONAR DERECHA

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

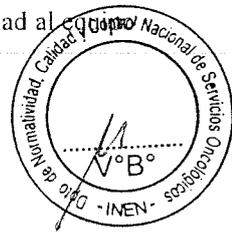
FECHA: / / HORA:

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 LOBECTOMÍA PULMONAR Y RESECCIÓN BRONQUIAL EN MANGUITO (CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)

(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 lobectomía pulmonar con resección bronquial en manguito consiste en retirar un lóbulo completo del pulmón y parte del bronquio vecino afectado en bloc, donde se encuentra la tumoración (o lesión) pulmonar. Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada y alrededores (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar una parte del pulmón, bronquio y otros tejidos removidos afectados por la lesión broncopulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el lóbulo pulmonar afectado más una porción del bronquio es mediante toracotomía o videotoracoscopia y acuerdo a los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar le el tratamiento más adecuado, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general, la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Controlar la enfermedad y establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

LOBECTOMÍA PULMONAR Y RESECCIÓN BRONQUIAL EN MANGUITO

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.

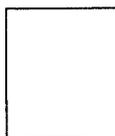
Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

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:

LOBECTOMÍA PULMONAR Y RESECCIÓN BRONQUIAL EN MANGUITO

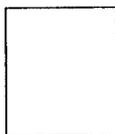
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: HORA:

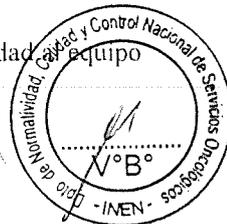
Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:

DNI N°:



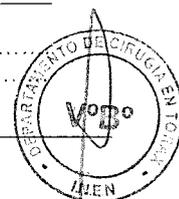
Huella Digital Índice Derecho



Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos:

CMP N°: RNE N°:





PERU

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO SEGMECTOMÍA PULMONAR (CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)

(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 segmentectomía pulmonar o resección segmentaria anatómica consiste en retirar una parte del lóbulo pulmonar (segmento pulmonar) con bronquio y vasos sanguíneos que lo irrigan, donde asienta la tumoración (o lesión) pulmonar, que compromete una parte del lóbulo pulmonar. Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada y alrededores (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar el segmento pulmonar con o sin tejidos removidos y afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el lóbulo pulmonar afectado es mediante toracotomía o videotoracoscopia y de acuerdo a los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía. Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Conseguir el control de la enfermedad y establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

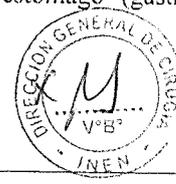
Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar, luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

SEGMECTOMÍA PULMONAR

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 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:

SEGMECTOMÍA PULMONAR

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.

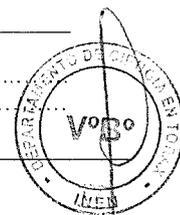
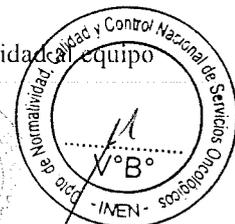
FECHA: .../.../... HORA: ...

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 RESECCIÓN SUBLOBAR PULMONAR (CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)

(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 resección sublobar pulmonar, es un procedimiento quirúrgico para retirar una parte del lóbulo del pulmón donde se encuentra el tejido enfermo (tumor o lesión no tumoral). Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar el segmento pulmonar con o sin tejidos removidos y afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el lóbulo pulmonar afectado es mediante toracotomía o videotoracoscopia y de acuerdo con los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Conseguir el control de la enfermedad y establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la exposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

RESECCIÓN SUBLOBAR PULMONAR

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 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:

RESECCIÓN SUBLOBAR PULMONAR

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

FECHA: HORA:

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



Huella Digital Índice Derecho

Multiple official seals and stamps including 'DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER', 'DIRECCIÓN GENERAL', 'INEN', and 'SERVICIOS ONCOLÓGICOS'.

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN EN CUÑA PULMONAR (CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)

(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 resección en cuña pulmonar es un procedimiento quirúrgico que permite retirar una pequeña parte del pulmón donde se encuentra el tejido enfermo (tumor o lesión no tumoral). Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar una porción pequeña del pulmón afectado, con o sin otros tejidos removidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el lóbulo pulmonar afectado es mediante toracotomía o videotoracoscopia y de acuerdo con los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el diagnóstico y/o tratamiento más adecuado para el usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Conseguir el control de la enfermedad y establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, usted deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

RESECCIÓN EN CUÑA PULMONAR

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:

- 6. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
- 7. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
- 8. 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).
- 9. 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.
- 10. 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 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:

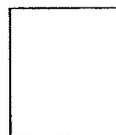
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad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

RESECCIÓN EN CUÑA PULMONAR

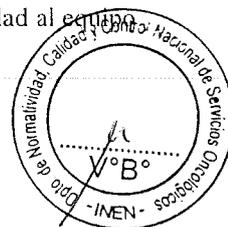
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: HORA:

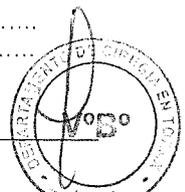
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho



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



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
PLEURONEUMONECTOMÍA PULMONAR
(CON O SIN DISECCIÓN GANGLIONAR MEDIASTINAL)**

(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 pleuroneumonectomía pulmonar es un procedimiento quirúrgico complejo para retirar la pleura y el pulmón donde se encuentra el tejido enfermo (o tumor maligno). Esta cirugía pulmonar puede ser acompañada de la obtención de ganglios de la zona afectada y alrededores (disección ganglionar hilio mediastinal), sección parcial de la costilla de ser necesario para una mejor exposición del campo quirúrgico. Puede retirarse tejidos vecinos comprometidos en bloc como estructuras costales u otros, dependiendo de la ubicación y afectación de tejidos adyacentes. Al retirar la pleura, pulmón y otros tejidos removidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y laboratorio de ser necesario, para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico, entre otros.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el pulmón afectado es mediante toracotomía y de acuerdo con los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Conseguir el control de la enfermedad y establecer un adecuado diagnóstico del tumor y estadio patológico.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía más adelante. Deterioro de la condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()



Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

PLEURONEUMONECTOMÍA PULMONAR

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 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:

PLEURONEUMONECTOMÍA PULMONAR

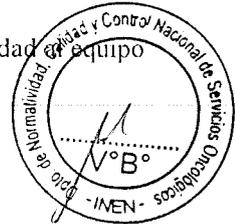
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad médica y a la Institución.

FECHA: HORA:

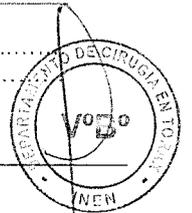
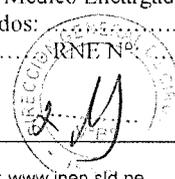
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



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 RESECCIÓN DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

(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 resección de nódulo pulmonar solitario, es un procedimiento quirúrgico para retirar una lesión única pulmonar anormal de pequeñas dimensiones que se aprecia en los estudios por imágenes (tomografía u otros). Una vez obtenido el nódulo pulmonar durante la cirugía, el cirujano derivará en ese momento la pieza operatoria al patólogo para el análisis inmediato (biopsia por congelación). De tratarse de una tumoración benigna será suficiente con el retiro de este, y se da por concluida la cirugía pulmonar. En el caso de tratarse de una neoplasia maligna, se procederá a realizar la cirugía con los criterios oncológicos y se retirará un segmento o lóbulo pulmonar más la obtención de ganglios de las diferentes estaciones hilio mediastinales. Al retirar los tejidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio de ser necesario, para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico, entre otros.

Para poder realizar la intervención quirúrgica descrita, se abordará mediante toracotomía o videotoracoscopia y de acuerdo con los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Conseguir el adecuado diagnóstico de la enfermedad pulmonar.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico, se incrementa la posibilidad de curación de la enfermedad. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de la condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que comience a presentar sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la colocación sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

RESECCIÓN DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

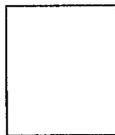
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

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 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:

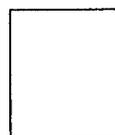
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad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

RESECCIÓN DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

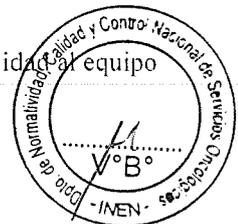
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

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

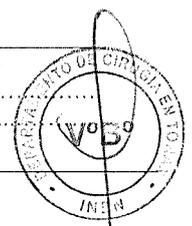
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



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 BIOPSIAS MÚLTIPLES DE CAVIDAD TORÁCICA (CON O SIN PLEURODESIS)

(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:

Las biopsias múltiples de la cavidad torácica consisten en retirar pequeños tejidos del pulmón, pleura, ganglios, órgano afectado, entre otros, donde se encuentran afectados por lesiones no definidas por estudios por imágenes.

El abordaje quirúrgico para poder extraer dichas muestras, es mediante toracotomía o videotoracoscopía y de acuerdo con los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al retirar los tejidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y/o laboratorio de ser necesario, para realizar los exámenes correspondientes y determinar la definitiva naturaleza de la enfermedad y extensión del compromiso patológico, entre otros.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Conseguir el adecuado diagnóstico del (los) tejido(s) afectado(s) y estadio patológico de la enfermedad.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico de la enfermedad. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de la condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición de sangre mediante transfusión sanguínea.

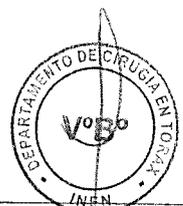
Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

BIOPSIAS MULTIPLES DE CAVIDAD TORÁCICA

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.

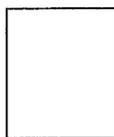
Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

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:

BIOPSIAS MULTIPLES DE CAVIDAD TORÁCICA

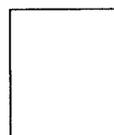
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad médica y a la Institución.

FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:

DNI N°:



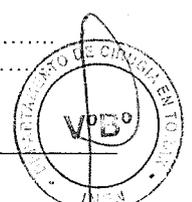
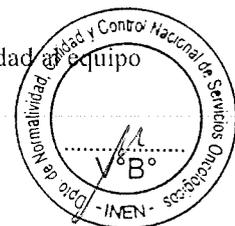
Huella Digital Índice Derecho



Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos:

CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO METASTASECTOMÍA PULMONAR

(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 metastasectomía pulmonar, es un procedimiento quirúrgico para retirar uno o más lesiones pulmonares visibles en la tomografía pulmonar (u otros estudios por imágenes). La resección de las metástasis se realizará mediante el uso de suturas mecánicas, rayos láser, electrocauterio, dispositivos de energía, sutura manual u otra modalidad de resección.

Para realizar la intervención quirúrgica descrita, se abordará mediante toracotomía (excepcionalmente por videotoracoscopia) y de acuerdo con los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al retirar los tejidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología para realizar los exámenes correspondientes y determinar las características de los nódulos obtenidos y la definitiva naturaleza de la enfermedad, entre otros.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Remoción de las lesiones pulmonares descritas que serán oportunamente examinadas en el laboratorio de patología para determinar el diagnóstico y viabilidad tumoral. Control de la enfermedad.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Probable progresión de la enfermedad, y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición de la misma mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

METASTASECTOMÍA PULMONAR

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 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:

METASTASECTOMÍA PULMONAR

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

FECHA: HORA:

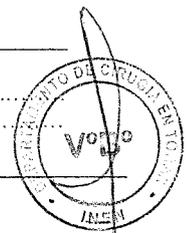
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



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 PLEURODESIS

(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 pleurodesis o adhesión firme interpleural, consiste en dejar una sustancia química, talco quirúrgico o sangre del propio paciente en la cavidad pleural o realizar fricción de la pleura torácica (abrasión pleural o retirar parte de la misma.). El procedimiento se realiza mediante videotoracoscopia (o luego de una toracotomía según el caso) previa exploración quirúrgica antes que el cirujano realice el procedimiento planeado, asimismo se podrá realizar a través del drenaje torácico en casos seleccionados. El cirujano podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la pleurodesis.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar.

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Conseguir que la pleura del pulmón (pleura visceral) quede adherido firmemente con la pleura de la pared torácica interna (pleura parietal).

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Evitar la acumulación de líquidos y mejorar la calidad de vida. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista, por lo que deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Persistencia de la patología asociada. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

PLEURODESIS

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 doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ... HORA: ...

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



Huella Digital
Indice Derecho

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

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

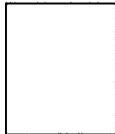
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento informado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional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

PLEURODESIS

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
Indice Derecho

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL ANTERIOR

(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 mediastinoscopia cervical anterior, consiste en explorar y retirar los ganglios localizados en el compartimiento mediastinal. El abordaje quirúrgico es mediante una incisión cervical transversal de aproximadamente 3 cm., por encima de la horquilla esternal. Para realizar el procedimiento quirúrgico se utiliza el mediastinoscopio, el que se introduce progresivamente a través de la incisión quirúrgica y por delante de la tráquea para abordar la cavidad mediastinal. Al retirar los ganglios, estas piezas operatorias, se enviarán a patología para realizar los exámenes correspondientes y determinar las características y la definitiva naturaleza de los mismos, entre otros. Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía. Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados). Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Determinar el diagnóstico patológico de ganglios localizados en el mediastino.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico de la enfermedad. Puede presentarse dolor de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de diagnóstico. Desconocimiento del estadio clínico.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardiaca, alteración de coagulación. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....
.....

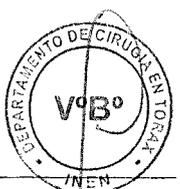
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL ANTERIOR

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:

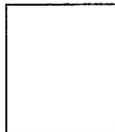
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención 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 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:

MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL ANTERIOR

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.

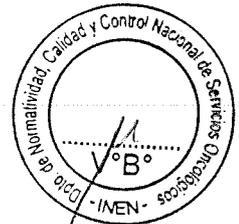
FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:
DNI N°:

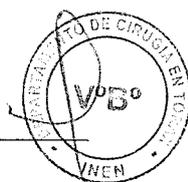


Huella Digital Índice Derecho



Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDIASTINOTOMÍA ANTERIOR

(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 mediastinotomía anterior o llamada también mediastinotomía de Chamberlein, es una cirugía para explorar y biopsiar tumores que se encuentran en el compartimiento mediastinal anterior. El abordaje quirúrgico es mediante una incisión transversal para esternal a la altura del espacio intercostal de aproximadamente 4 cm.

Al retirar los ganglios, estas piezas operatorias, se enviarán a patología para realizar los exámenes correspondientes y determinar las características y la definitiva naturaleza de los mismos, entre otros.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Determinar el diagnóstico patológico de tumor mediastinal anterior.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico de la enfermedad. Puede presentarse dolor de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

No definir la naturaleza de la lesión tumoral con biopsia incisional.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....
.....

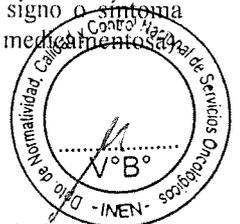
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

MEDIASTINOTOMÍA ANTERIOR

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 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:

MEDIASTINOTOMÍA ANTERIOR

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.

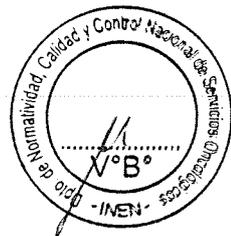
FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:
DNI N°:

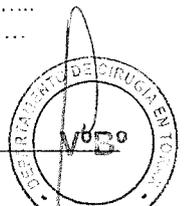


Huella Digital
Índice Derecho



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 ESOFAGUECTOMÍA

(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 esofaguectomía, es una cirugía de alta complejidad y consiste en retirar completamente todo el esófago con los ganglios del área quirúrgica (disección mediastinal).. Es una intervención quirúrgica con participación de tres especialidades quirúrgicas, quienes procederán a realizar la esofaguectomía radical (cirujano de tórax), luego se procederá a la modelación del neoesófago a partir del estómago (cirujano de abdomen) y finalmente se realiza disección del cuello (cirujano de cabeza y cuello) para la sutura de ambos cabos y restituir el tránsito digestivo.

Para realizar la intervención quirúrgica descrita, se abordará mediante transtorácica o por videotoroscopia, laparotomía abdominal laparoscopia. De acuerdo con los hallazgos durante la exploración quirúrgica, el cirujano realizará la cirugía planeada, sin embargo, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al retirar el esófago y los tejidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología para realizar los exámenes correspondientes.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar. Se dejarán además drenes en el lecho quirúrgico de la cavidad abdominal y en el cuello.

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Extraer el esófago enfermo. Controlar la enfermedad y establecer el diagnóstico y estadio patológico.

Alternativas: Quimioterapia, radioterapia, manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de tratamiento. Podrá tener progresión de la enfermedad y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, paresia o parálisis de la cuerda vocal, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire secreción salival por la zona de la sutura en el cuello (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, neumonía, mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación, además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()





PERÚ

Salud
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras. será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

ESOFAGUECTOMÍA

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 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:

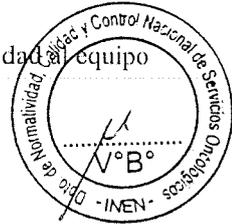
Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad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

ESOFAGUECTOMÍA

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°:
 DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN TUMORES - INEN



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCION DE PARED TORÁCICA

(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 resección de la pared torácica, consiste en retirar costillas y tejidos musculares y piel de ser necesario en bloque debido a la presencia de neoplasia maligna que compromete los tejidos mencionados de la pared del tórax teniendo en consideración el diagnóstico histológico de la enfermedad y extensión del mismo a través del examen físico y exámenes por imágenes (resonancia magnética nuclear, tomografía u otros). Dependiendo de la radicalidad de la cirugía se podrá utilizar material protésico (malla de polipropileno) en la pared torácica o barras de titanio. En el caso se requiera la participación del cirujano plástico se realizará movilización de tejidos vecinos para cubrir el defecto a nivel del lecho quirúrgico.

Todos los tejidos retirados serán enviados al Departamento de Patología para diagnóstico, precisar viabilidad tumoral en los bordes de sección, entre otros.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural al término de la cirugía para conseguir drenar las secreciones del lecho quirúrgico, el que se dejará a través del espacio intercostal conectado a un frasco con trampa de agua y permanecerá un tiempo variable dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar. También se podría dejar otro catéter en el lecho quirúrgico (hemosuc).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Remoción de la tumoración de la pared torácica afectada por la neoplasia maligna y control de la enfermedad.

Alternativas: Manejo médico o diseño de tratamientos alternativos.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax, dolor crónico entre las costillas o áreas adyacentes a la cirugía. Habrá una disminución de la capacidad respiratoria pulmonar prevista y deberá hacer ejercicios respiratorios.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá tener progresión de la enfermedad y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, fuga de aire del pulmón persistente a través del drenaje torácico (fistula), fuga de líquido a través del vaso linfático (quilo), tromboembolismo pulmonar, Infección quirúrgica, dehiscencia de la herida operatoria, trastornos isquémicos (mala irrigación) o neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

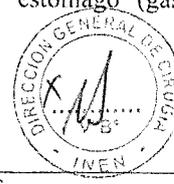
Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o sintoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()



Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

RESECCION DE PARED TORÁCICA

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 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:

RESECCION DE PARED TORÁCICA

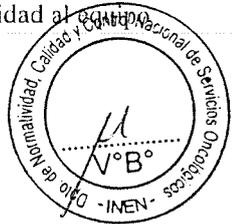
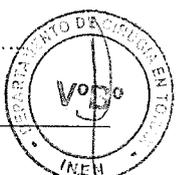
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al médico y a la Institución.

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 RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL ANTERIOR

(Ley General de Salud Nº 26842, RM Nº 214-2018-MINSA que aprueba la NTS Nº 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

La resección de tumor mediastinal anterior consiste en retirar el tumor localizado en el mediastino anterior que puede incluir una porción del pericardio, vasos sanguíneos, pulmón, pleura y otros tejidos adyacentes al tumor que estuvieran comprometidos por la neoplasia. Se puede también retirar ganglios localizados en el lecho quirúrgico del mediastino si es pertinente.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el tumor mediastinal anterior, se podrá utilizar el abordaje dependiendo de las características del tumor. Podrá utilizarse la técnica de esternotomía media, pudiéndose también realizarse una cirugía combinada denominada esternotoracotomía (hemi Clamshell) o toracotomía trasnversa transesternal (Clamshell), de acuerdo con las dimensiones del tumor y compromiso de las estructuras o tejidos vecinos al tumor. El especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo, se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al término de la cirugía se colocarán en el lecho quirúrgico mediastinal anterior, dos catéteres conectados a un dispositivo externo. Eventualmente se colocará uno dos tubos torácicos en la cavidad pleural de ser necesario, conectado a una caja con trampa de agua el que permanecerá un tiempo variable después de la cirugía, dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar.

Al retirar el tumor mediastinal anterior y otros tejidos removidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y laboratorio de ser necesario, para realizar los exámenes correspondientes y determinar el diagnóstico patológico y extensión del compromiso tumoral, entre otros.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Remoción de la parte afectada por la neoplasia maligna mediastinal.

Alternativas: Radioterapia, quimioterapia o manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. Puede presentarse dolor agudo de grado variable en la zona operatoria, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá tener progresión de la enfermedad y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, Infección de a herida quirúrgica, neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riegos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL ANTERIOR

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 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:

RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL ANTERIOR

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

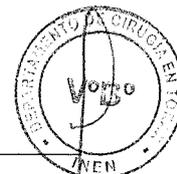
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



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 RESECCIÓN DEL TIMO

(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 resección del timo (timectomía) consiste en retirar el timo en su totalidad, órgano que se encuentra en el mediastino anterior y con extensión cervical.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el timo se podrá realizar mediante la técnica de esternotomía media o videotoracoscopía. El especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo, se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al término de la cirugía se colocarán en el lecho quirúrgico catéteres conectados a un dispositivo externo. Eventualmente se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural, de ser necesario, frasco conectado a una caja con trampa de agua el que permanecerá unos pocos días después de la cirugía.

Al retirar el timo y otros tejidos removidos durante la cirugía, las piezas operatorias, se enviarán a patología para realizar los exámenes correspondientes y determinar el diagnóstico patológico y extensión del compromiso, entre otros. El timo se enviará al patólogo para el examen respectivo e informe patológico.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Retirar timo para el control de la enfermedad y establecer el adecuado estudio patológico.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. El dolor post quirúrgico es variable de grado variable, pudiendo presentarse dolor crónico, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de tratamiento.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, Infección de la herida quirúrgica, neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

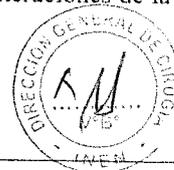
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

RESECCIÓN DEL TIMO

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 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:

RESECCIÓN DEL TIMO

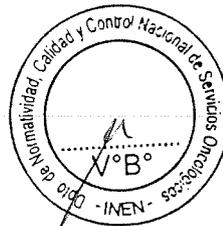
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: HORA:

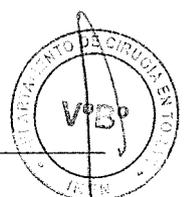
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL POSTERIOR

(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 resección de tumor mediastinal posterior consiste en retirar el tumor localizado en el mediastino posterior que puede incluir tejidos adyacentes al tumor que estuvieran comprometidos por la neoplasia.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el tumor mediastinal anterior es mediante toracotomía. El especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo, se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al término de la cirugía se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural de ser necesario frasco conectado a una caja con trampa de agua el que permanecerá un tiempo variable después de la cirugía, dependiendo del volumen de emisión del líquido pleural y expansión pulmonar.

Al retirar el tumor mediastinal posterior y otros tejidos removidos afectados por la lesión pulmonar, estas piezas operatorias, se enviarán a patología y laboratorio de ser necesario, para realizar los exámenes correspondientes y determinar el diagnóstico patológico y extensión del compromiso tumoral, entre otros.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Retirar la tumoración localizada en el lecho mediastinal posterior y establecer el adecuado diagnóstico patológico.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. El dolor agudo es de grado variable en la zona operatoria. Puede presentarse dolor crónico, sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de tratamiento. Podrá tener progresión de la enfermedad y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, Infección de a herida quirúrgica, neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

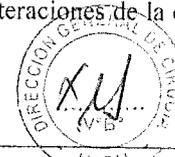
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitations, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL POSTERIOR

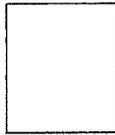
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 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 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:

RESECCIÓN DE TUMOR MEDIASTINAL POSTERIOR

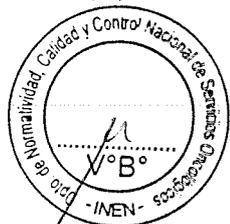
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: / / HORA:

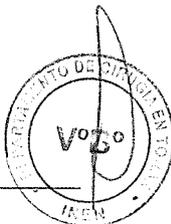
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



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 RESECCIÓN DE TUMOR INTRATORÁCICO GIGANTE

(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 resección del tumor intratorácico gigante consiste en retirar el tumor localizado en la cavidad torácica que puede incluir tejidos adyacentes al tumor como una porción del pulmón, pleura, pericardio comprometidos por la neoplasia. Se puede también retirar ganglios localizados en el lecho quirúrgico del mediastino si es pertinente.

El abordaje quirúrgico para poder extraer el tumor intratorácico gigante es mediante esternotoracotomía con sección parcial de uno o más costillas de acuerdo a las dimensiones del tumor y hallazgos durante la exploración quirúrgica. El especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo, se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía. Al término de la cirugía se colocarán uno o dos tubos torácicos en la cavidad pleural conectada a una caja con trampa de agua el que permanecerá un tiempo variable después de la cirugía.

Al retirar el tumor intratorácico gigante y otros tejidos removidos, se enviarán a patología y laboratorio de ser necesario, para realizar los exámenes correspondientes y determinar el diagnóstico patológico y extensión del compromiso tumoral, entre otros.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Retirar la tumoración localizada en la cavidad torácica.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Se incrementan la posibilidad de curación de enfermedad o de evitar su progresión. El dolor agudo es de grado variable en la zona operatoria. Puede presentarse sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax. Puede presentarse dolor torácico en grado variable.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de tratamiento. Podrá tener progresión de la enfermedad y convertirse en no elegible para cirugía en el futuro. Deterioro de la condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, fuga de aire del pulmón, fuga de líquido de los vasos linfáticos, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, Infección de la herida quirúrgica, neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o sintoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()





Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.

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:

RESECCIÓN DE TUMOR INTRATORÁCICO GIGANTE

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 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:

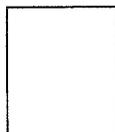
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...: con DNI N°..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional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

RESECCIÓN DE TUMOR INTRATORÁCICO GIGANTE

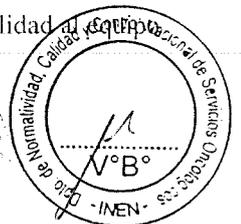
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad médica y a la Institución.

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

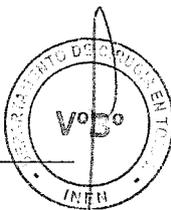
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



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 VENTANA PERICÁRDICA

(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 ventana pericárdica consiste en abordar el corazón para retirar parte de la membrana que recubre al corazón llamado pericardio lo que permitirá evacuar el líquido de diferentes características (sangre, líquido serohemático, seroso, purulento, etc) anormalmente producido en volumen variable y atrapado en el espacio entre el pericardio y corazón. El líquido obtenido será enviado al Servicio de Citopatología para investigación patológica y Laboratorio Clínico de ser necesario para exámenes correspondientes

El abordaje quirúrgico para realizar la ventana pericárdica será utilizando una de las diferentes técnicas quirúrgicas (abordaje subxifoideo, toracotomía submamaria izquierda o videotoracosopia). Durante la exploración quirúrgica y frente a los hallazgos, el especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted durante el proceso de la cirugía. Al término de la cirugía se colocará un catéter pericárdico conectado a una caja con trampa de agua o bolsa colectora el que permanecerá un tiempo variable.

Luego de la cirugía el paciente será monitorizado por el equipo de profesionales de la salud.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Liberar el líquido pericárdico que está produciendo alteración de la función cardiaca.

Alternativas: Pericardiocentesis. Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Mejorar el cuadro clínico. El dolor agudo es de grado variable en la zona operatoria. Puede presentarse sangrado en el lecho quirúrgico o en otra área del tórax.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de tratamiento. Podría haber deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardiaca, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, Infección de a herida quirúrgica, neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

VENTANA PERICÁRDICA

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 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:

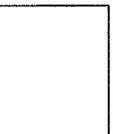
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad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

VENTANA PERICÁRDICA

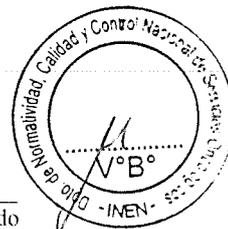
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

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

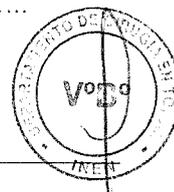
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho



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





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EXPLORACIÓN QUIRURGICA TORÁCICA Y HEMOSTASIA

(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 exploración quirúrgica torácica y hemostasia, consiste en evaluar las diferentes estructuras que se encuentran en la cavidad torácica y determinar la zona de sangrado, con la finalidad de controlar el sangrado de vasos sanguíneos, evacuar sangre y coágulos de la cavidad torácica.

El abordaje quirúrgico es por toracotomía o videotoracoscopia. El especialista podrá realizar las modificaciones que se requieran para proporcionar el tratamiento más adecuado para usted, asimismo, se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al término de la cirugía se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural conectada a una caja con trampa de agua el que permanecerá un tiempo variable después de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Controlar el sangrado de vasos sanguíneos, evacuar sangre y coágulos de la cavidad torácica.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Mejorar el cuadro clínico. El dolor agudo es de grado variable en la zona operatoria.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, Infección de a herida quirúrgica, neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

EXPLORACIÓN QUIRURGICA TORÁCICA Y HEMOSTASIA

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 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:

EXPLORACIÓN QUIRURGICA TORÁCICA Y HEMOSTASIA

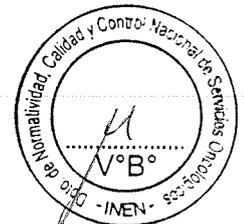
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

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

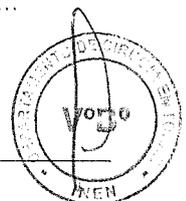
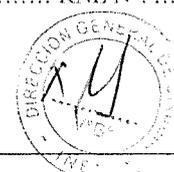
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital Índice Derecho



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





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA TORÁCICA

(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 exploración quirúrgica torácica, consiste en evaluar las diferentes estructuras que se encuentran en la cavidad torácica para establecer la naturaleza de las lesiones visibles por estudios por imágenes, y de acuerdo con los hallazgos durante cirugía, el especialista realizará el procedimiento o los procedimientos quirúrgicos más convenientes para las consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

El abordaje quirúrgico es por videotoracoscopia o toracotomía. El especialista podrá realizar las modificaciones pertinentes que se requieran para proporcionar resultados más adecuados para usted, asimismo, se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Al término de la cirugía se colocará un tubo torácico en la cavidad pleural conectada a una caja con trampa de agua el que permanecerá un tiempo variable después de la cirugía.

Para que se realice la cirugía mencionada, usted recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Se colocará sonda vesical para el monitoreo y control del volumen urinario, la que permanecerá en el post operatorio (24-48h) dependiendo de la evolución.

Objetivo: Evaluar la cavidad torácica con fines de diagnóstico y luego definir tratamiento.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Probable mejora de su cuadro clínico. El dolor agudo es de grado variable en la zona operatoria.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía torácica, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, pudiendo presentar sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, Infección de la herida quirúrgica, neumonía. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico.

Riesgos Personalizados:.....
.....

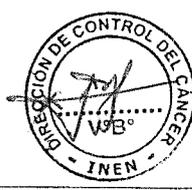
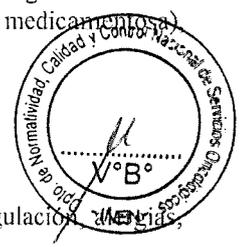
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

EXPLORACIÓN QUIRURGICA TORÁCICA

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 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:

EXPLORACIÓN QUIRURGICA TORÁCICA

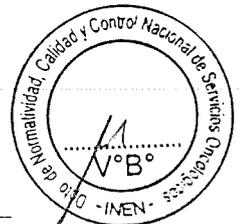
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

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

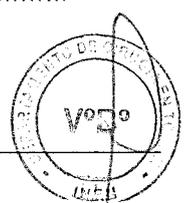
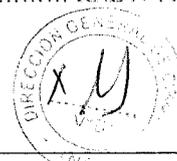
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho



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





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO VIDEOBRONCOSCOPÍA FLEXIBLE

(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 videobroncoscopia flexible consiste en introducir un dispositivo fino a través de la boca para visualizar y explorar las cuerdas vocales, tráquea, bronquios y otras hasta donde llegue distalmente el equipo en mención y se pueda biopsias, hacer cepillado (fricción), lavado con solución salina u otro procedimiento para determinar el diagnóstico a través de los exámenes de las muestras obtenidas que serán enviadas al Departamento de Patología o en el laboratorio. Usted tendrá la asistencia permanente por el personal de la salud durante el procedimiento desde la colocación de la vía endovenosa para administrar suero y medicamentos hasta el término de este.

Al término de la videobroncoscopia, recibirá oxígeno por cánula binasal, se dejará en reposo para el control de sus funciones vitales.

Para que se realice este procedimiento, usted recibirá anestesia bajo la modalidad de sedación o general

Objetivo: Evaluar las cuerdas vocales, tráquea, bronquios u otros órganos, con fines de diagnóstico y tratamiento.

Alternativas: Cirugía o Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico y tratamiento. Puede sentir molestias en la garganta por el procedimiento realizado y haber rasgos de sangre en el esputo también.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades para el enfoque diagnóstico o terapéutico.

Riesgos reales y potenciales:

La videobroncoscopia no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica y su correcta realización. Pueden presentarse riesgos durante el procedimiento como; baja de la saturación del oxígeno, sangrado, baja de presión arterial, entre otros. La videobroncoscopia no está exenta de riesgos importantes incluyendo la mortalidad.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta la institución.

En el supuesto caso que comience a presentar sangrado progresivo luego de la videobroncoscopia, se podrá considerar re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

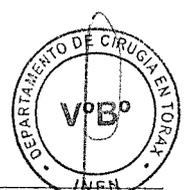
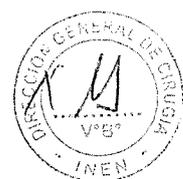
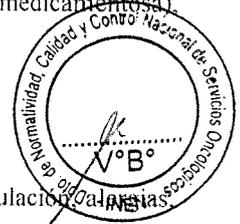
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la broncoscopia.





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:

VIDEOPROSCOPÍA FLEXIBLE

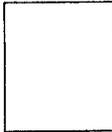
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 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 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:

VIDEOPROSCOPÍA FLEXIBLE

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: ...

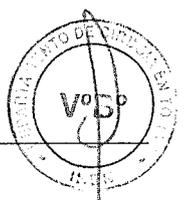
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



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 BRONCOSCOPÍA RÍGIDA

(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 broncoscopia rígida consiste en introducir el broncoscopio no flexible (rígido) a través de la boca para visualizar y explorar las cuerdas vocales, tráquea, bronquios y otras hasta donde llegue distalmente el equipo en mención y se pueda realizar biopsias, hacer cepillado (fricción), lavado con solución salina u otro procedimiento para determinar el diagnóstico a través de este método diagnóstico. Las muestras obtenidas serán enviadas al Departamento de Patología y/o laboratorio. Mediante la broncoscopia rígida también se podrá retirar moldes bronquiales de moco, fibrina, coágulos, lesiones tumorales o recanalizar la vía respiratoria (tráquea o bronquios) con ayuda de argón plasma, criocirugía, laser u otro equipo asociado al procedimiento. Así mismo, se podrá dejar stent expandible con la ayuda del broncoscopio para permeabilizar la vía aérea. Usted tendrá la asistencia permanente por el personal de la salud durante el procedimiento desde la colocación de la vía endovenosa para administrar suero y medicamentos hasta el término de este.

Al término de la broncoscopia rígida, usted tendrá vigilancia por el profesional de la salud, recibirá oxígeno por cánula binasal, se dejará en reposo para el control de sus funciones vitales, entre otros. Puede sentir molestias en la garganta por el procedimiento realizado. Puede haber rasgos de sangre en el esputo.

Para que se realice este procedimiento, usted recibirá anestesia bajo la modalidad de sedación o general.

Objetivo: Evaluar las cuerdas vocales, tráquea, bronquios u otros órganos, con fines de diagnóstico y tratamiento.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico y tratamiento. Puede sentir molestias en la garganta por el procedimiento realizado y haber rasgos de sangre en el esputo también.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades para el enfoque diagnóstico o terapéutico.

Riesgos reales y potenciales:

La broncoscopia rígida, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica y su correcta realización. Pueden presentarse riesgos durante el procedimiento como; baja de la saturación del oxígeno, sangrado, baja de presión arterial, entre otros. La broncoscopia rígida no está exenta de riesgos importantes incluyendo la mortalidad.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta la institución.

En el supuesto caso en el que comience a presentar sangrado progresivo luego de la videobroncoscopia, se podrá considerar re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones del procedimiento.





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:

BRONCOSCOPIA RIGIDA

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:

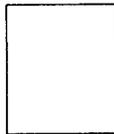
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención 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 doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Indice 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:

BRONCOSCOPIA RIGIDA

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.

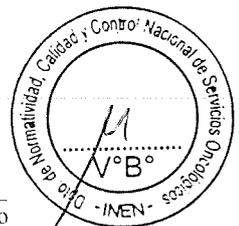
FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:
DNI N°:

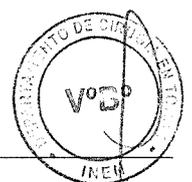


Huella Digital
Indice Derecho



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 INTRATORÁCICA PERCUTÁNEA POR ASPIRACIÓN (B.I.P.A.)

(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 intratorácica percutánea por aspiración es un procedimiento indicado para el diagnóstico de lesiones presentes dentro del tórax. Consiste en introducir una aguja apropiada a través de la pared del tórax hasta cavidad torácica donde se encuentra la tumoración (o lesión anormal). El procedimiento se realiza bajo guía tomográfica en el paciente despierto con anestesia local o dormido bajo sedación de ser necesario y según el caso, con el objeto de obtener una muestra del tumor (o lesión anormal) dependiente de uno de los órganos de la cavidad torácica. El espécimen obtenido por el especialista será enviado para estudios de patología y/o laboratorio para determinar la naturaleza de la enfermedad.

Para realizar este procedimiento se usa anestesia local o sedación.

Al término de la biopsia intratorácica percutánea por aspiración, usted tendrá un periodo de observación por el personal de la salud y vigilancia de su condición clínica antes del alta.

Objetivo: Establecer la naturaleza de la enfermedad del órgano afectado que se encuentra en la cavidad torácica.

Alternativas:

Manejo médico o alguna alternativa diagnóstica de acuerdo con el caso.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico de la enfermedad.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades diagnósticas para el enfoque terapéutico.

Riesgos reales y potenciales:

La biopsia intratorácica percutánea por aspiración no está exenta de potenciales complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica y su correcta realización. Pueden presentarse riesgos en el proceso de la realización de la BIPA como neumotórax en grado variable, dificultad respiratoria, sangrado alrededor del tejido, hemoptisis (sangre al toser), dolor agudo, desaturación de oxígeno, baja de presión arterial, entre otros. La biopsia intratorácica percutánea por aspiración (BIPA), no está exenta de riesgos importantes incluyendo la mortalidad.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....
.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o sintoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la BIPA.





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:

BIOPSIA INTRATORÁCICA PERCUTÁNEA POR ASPIRACIÓN

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 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:

BIOPSIA INTRATORÁCICA PERCUTÁNEA POR ASPIRACIÓN

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.

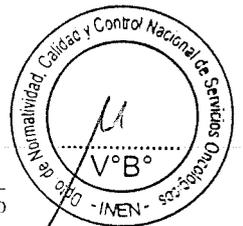
FECHA:/...../..... HORA:

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 DRENAJE PERICÁRDICO

(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 drenaje pericárdico consiste en introducir un catéter de pequeño calibre entre el pericardio y corazón donde se encuentra un volumen importante de líquido de diferentes características (sangre, líquido serohemático, seroso, purulento, etc.). El líquido obtenido será enviado al Servicio de Citopatología para investigación patológica y Laboratorio Clínico de ser necesario para exámenes correspondientes.

El abordaje para la introducción del catéter pericárdico es por debajo de la unión esternocostal. Con el auxilio de un ecógrafo eventualmente se puede conseguir una precisión durante la introducción del catéter pericárdico. El catéter pericárdico quedará fijado con punto de sutura en la piel y estará conectado a una bolsa colectora el que permanecerá un tiempo variable.

El procedimiento se podrá realizar con anestesia local o general (sedación) dependiendo de las consideraciones del especialista.

Para que se realice este procedimiento, se debe haber establecido por imágenes la cantidad de líquido existente y usted debe haber tenido evaluación cardiológica.

Luego de la cirugía, usted será monitorizado por el equipo de profesionales de la salud.

Objetivo:

Evacuar el líquido pericárdico acumulado en el área pericárdica.

Alternativas:

Manejo médico u otras, de acuerdo con el caso.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Mejora del cuadro clínico. El dolor luego de la colocación del catéter pericárdico es de grado variable.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de tratamiento. Podría haber deterioro de su condición clínica

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de un procedimiento cardiaco, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización. Pueden presentarse potenciales riesgos durante el procedimiento como: baja de la presión arterial, arritmia cardiaca, dolor, etc. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo la mortalidad.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

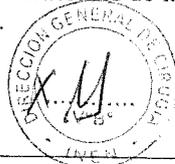
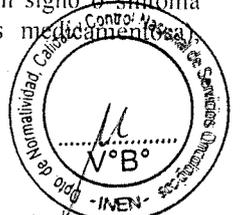
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o sintoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

DRENAJE PERICÁRDICO

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 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:

DRENAJE PERICÁRDICO

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



Two circular official seals: 'DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER - INEN' and 'Órgano de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos - INEN'. Below them are two more circular stamps with signatures and the text 'DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD - INEN'.

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 PERICARDIOCENTESIS

(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 pericardiocentesis consiste en introducir una aguja de pequeño calibre entre el pericardio y corazón donde se encuentra un volumen importante de líquido de diferentes características (sangre, líquido serohemático, seroso, purulento, etc.). El líquido obtenido será enviado al Servicio de Citopatología para investigación patológica y Laboratorio Clínico de ser necesario para exámenes correspondientes.

El abordaje para la introducción de la pericardiocentesis es por debajo de la unión esternocostal. Con el auxilio de un ecógrafo eventualmente se puede conseguir una precisión durante la introducción del catéter pericárdico. El catéter pericárdico quedará fijado con punto de sutura en la piel y estará conectado a una bolsa colectora el que permanecerá un tiempo variable.

El procedimiento se podrá realizar con anestesia local o general (sedación) dependiendo de las consideraciones del especialista.

Para que se realice este procedimiento, se ha establecido por imágenes la cantidad de líquido existente y usted debe haber tenido evaluación cardiológica.

Luego de la cirugía, usted será monitorizado por el equipo de profesionales de la salud.

Objetivo:

Evacuar el líquido pericárdico acumulado en el área pericárdica.

Alternativas:

Manejo médico u otras de acuerdo con el caso.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Probable mejora cuadro clínico. El dolor luego de la colocación del catéter pericárdico es de grado variable.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades de tratamiento. Podría haber deterioro de su condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de un procedimiento cardiaco, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización. Pueden presentarse riesgos durante el procedimiento como: baja de la presión arterial, arritmia cardíaca, dolor, etc. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo la mortalidad. Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico.

En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

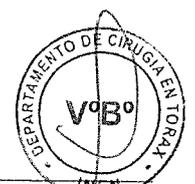
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

PERICARDIOCENTESIS

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 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:

PERICARDIOCENTESIS

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.

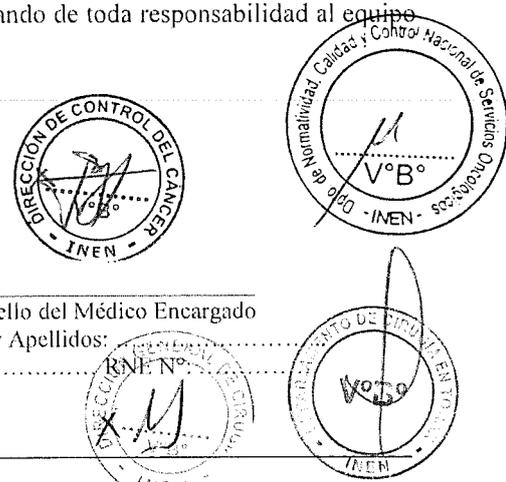
FECHA: .../.../... HORA: ...

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 COLOCACIÓN DE DRENAJE PLEURAL

(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 drenaje pleural o drenaje torácico intercostal, consiste en la colocación de un catéter en la cavidad pleural afectada por la fuga de aire, aire atrapado o contenido líquido, de las diferentes características antes mencionadas, en la cavidad torácica. El catéter ingresará a nivel del espacio intercostal, para lo cual se realizará una pequeña incisión en la piel por donde ingresará un catéter de calibre variable dependiendo de la elección del especialista y luego de atravesar los planos de tejidos de la pared torácica se ubicará apropiadamente el catéter en la cavidad pleural para cumplir con el objetivo. El catéter pleural estará conectado a un frasco de drenaje con trampa de agua para evacuación del líquido en forma progresiva y sistemática o podrá estar conectado a una válvula de flujo unidireccional (Válvula de Heimlich) unida a una bolsa colectora.

Para realizar este procedimiento se realizará con anestesia local (despierto) o bajo sedación o anestesia general (dormido).

Luego de la colocación del drenaje pleural, usted será monitorizado por el equipo de profesionales de la salud, recibirá oxígeno por cánula binasal de ser necesario, se dejará en reposo para el control de sus funciones vitales, entre otros.

Objetivo:

Evacuar aire de la cavidad torácica (por neumotórax) o líquido coleccionado en la cavidad pleural (líquido pleural, sangre, quilo, pus, etc.).

Alternativas:

Toracocentesis. Manejo médico o quirúrgico según el caso.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Posible Mejora de su cuadro clínico.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades terapéuticas según el caso.

Riesgos reales y potenciales:

La colocación de drenaje pleural o drenaje torácico intercostal, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica y su correcta realización. Pueden presentarse riesgos propios durante el proceso de anestesia local o general- Riesgos durante el procedimiento como sangrado, falta de aire, baja de presión arterial, La colocación de drenaje pleural o drenaje torácico intercostal no está exenta de riesgos importantes incluyendo la mortalidad.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

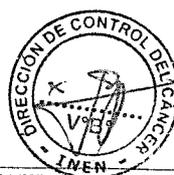
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

COLOCACIÓN DE DRENAJE PLEURAL

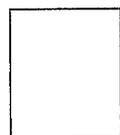
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 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 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:

COLOCACIÓN DE DRENAJE PLEURAL

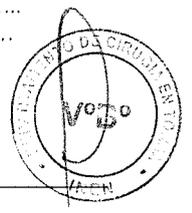
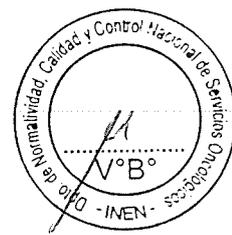
Y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

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 TORACOCENTESIS

(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 toracocentesis, consiste en realizar una punción con una aguja de pequeño calibre a través del espacio intercostal, el mismo que ingresará progresivamente a través de la pared torácica hasta llegar a la cavidad torácica donde se encuentra alojado el líquido pleural en volumen variable y calidad serosa, serohemática, hemática, quiloso o purulento, entre otros. El material obtenido será enviado al Servicio de Citopatología o Laboratorio Clínico para su estudio respectivo. El objetivo de la toracocentesis es de carácter diagnóstico y terapéutico. En el primer caso es suficiente obtener un volumen aceptable para el diagnóstico y en el segundo caso la toracocentesis evacuadora que sirve para tratar de retirar gran parte del volumen presente o la totalidad del líquido pleural de a pocos (50-100cc por vez) y de manera progresiva.

Para realizar este procedimiento se realizará con anestesia local (paciente despierto).

Al término de la toracocentesis, usted tendrá vigilancia por el profesional de la salud, recibirá oxígeno por cánula binasal de ser necesario, se dejará en reposo para el control de sus funciones vitales, entre otros. Tendrá estudio de control por imágenes posterior al procedimiento.

Objetivo:

Obtener una muestra de líquido pleural para diagnóstico o para evacuar el mismo con criterio terapéutico.

Alternativas:

Drenaje torácico. Manejo médico o quirúrgico según el caso.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Puede mejorar el cuadro clínico.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Podrá diseñarse otras modalidades terapéuticas según el caso.

Riesgos reales y potenciales:

La toracocentesis, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica y su correcta realización. Pueden presentarse potenciales efectos indeseables que pueden afectar. Durante el proceso de anestesia local o durante el procedimiento como sangrado, neumotórax, falta de aire, etc. La toracocentesis no está exenta de riesgos importantes incluyendo la mortalidad.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardiacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

TORACOCENTESIS

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 doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

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

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:
Huella Digital
Indice 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:

TORACOCENTESIS

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
Indice Derecho



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:
Circular stamp: DIRECCION NACIONAL DE SERVICIOS ONCOLOGICOS - INEN



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA DE ABRAMS

(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 de pleura con aguja de Abrams, consiste en la obtener una muestra de tejido de la pleura de la pared torácica (pleura parietal) mediante una aguja especialmente destinada para biopsiar la pleura con la finalidad de establecer el diagnóstico de la patología que ocasiona el derrame pleural. La aguja que es de pequeño calibre ingresará a nivel del espacio intercostal, para lo cual se realizará una pequeña incisión en la piel por donde ingresará la aguja y luego de atravesar la pared torácica y comprobar que la porción distal se encuentra en la cavidad torácica se obtiene la muestra del tejido pleural y se repiten varias veces para obtener muestra adecuada para diagnóstico histológico.

Para realizar este procedimiento usted deberá contar con imágenes que muestren la presencia de derrame pleural en la cavidad torácica. Se realizará con anestesia local (despierto).

Al término de la biopsia pleural con aguja de Abrams, usted tendrá vigilancia por el profesional de la salud, se le dejará en reposo por unos minutos para a evaluación clínica.

Objetivo:

Obtener una muestra de pleura parietal con fines diagnósticos.

Alternativas:

Drenaje torácico. Manejo médico o quirúrgico según el caso.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico de la enfermedad.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

No se tendrá un diagnóstico de la patología pleural.

Riesgos reales y potenciales:

La biopsia pleural con aguja de Abrams, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica y su correcta realización. Pueden presentarse potenciales efectos indeseables que pueden afectar. Riesgos propios durante el proceso de anestesia local, sangrado, neumotórax, falta de aire, entre otros. La colocación biopsia pleural con aguja de Abrams no está exenta de riesgos importantes incluyendo la mortalidad.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o síntoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, irritación del estómago (gastritis medicamentosa), estreñimiento, dolor de cabeza, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, alergias, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA DE ABRAMS

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:

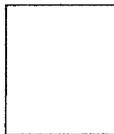
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención 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 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:

BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA DE ABRAMS

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.

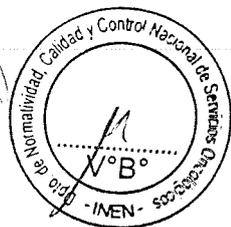
FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:
DNI N°:

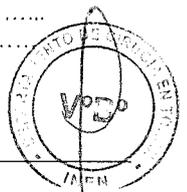


Huella Digital
Índice Derecho



Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CIRUGÍA VASCULAR

(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 cirugía vascular consiste en realizar una intervención quirúrgica en la arteria o vena afectada por neoplasia que la involucra o infiltra en la que puede haber sección de una porción del vaso sanguíneo en bloc con el tumor y uso de material protésico (graft vascular) para restituir la circulación arterial o venosa. La presencia de trombos por coágulos o tumorales de reciente instalación, tienen indicación quirúrgica en casos seleccionados cuando se han diagnosticados precozmente especialmente el vaso arterial. Entre otras indicaciones de cirugía vascular esta la necesidad de seccionar el vaso sanguíneo para extraer un cuerpo extraño. Para que se realice la cirugía mencionada, usted tiene evaluación angiológica previa mediante estudios por imágenes. El abordaje quirúrgico va a depender de la localización de la patología vascular. El especialista podrá realizar el tratamiento más adecuado para el usted, asimismo, se podrá utilizar la técnica más apropiada durante el proceso de la cirugía.

Recibirá anestesia general la cual será realizada por el médico anestesiólogo quien se encargará a su vez de realizar los procedimientos para la colocación de tubo endotraqueal, entre otros y garantizar la ventilación pulmonar durante la cirugía.

Es posible que durante o después de la intervención quirúrgica sea necesaria la administración de transfusión sanguínea (glóbulos rojos o hemoderivados).

Al término de la cirugía vascular se evaluará la permeabilidad del flujo sanguíneo y si es vaso periférico, la temperatura y pulsos distales para establecer clínicamente la patencia del vaso sanguíneo.

Objetivo: Restituir la circulación arterial o venosa.

Alternativas: Manejo médico.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Adecuado diagnóstico de la enfermedad. El dolor agudo es de grado variable en la zona operatoria. Puede presentarse sangrado en el lecho quirúrgico.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Deterioro de la condición clínica.

Riesgos reales y potenciales:

Por tratarse de una cirugía vascular, no está exenta de complicaciones a pesar de una apropiada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, los riesgos durante la cirugía son: sangrado en el lecho quirúrgico, baja de la presión arterial, alteración de coagulación, tromboembolismo pulmonar, infección de la herida quirúrgica, entre otras. Ningún procedimiento quirúrgico está exento de riesgos importantes incluyendo el de la mortalidad quirúrgica.

Algunas complicaciones se pueden solucionar inmediatamente utilizando, tratamientos medicamentosos, fluidos (sueros), transfusión sanguínea (o hemocomponentes), utilización de dispositivos, equipos médicos y otros que cuenta el centro quirúrgico. En el supuesto caso de que presente sangrado progresivo o importante fuga de aire pulmonar luego de la cirugía, se podrá considerar una re intervención quirúrgica para solucionar la complicación surgida además de la reposición sanguínea mediante transfusión sanguínea.

Riesgos Personalizados:.....

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

El uso de fármacos administrados durante la cirugía o posterior a la misma, podrían desencadenar algún signo o sintoma llamado efecto adverso del medicamento como náuseas, vómitos, palpitaciones, entre otras.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

En caso tenga enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas, marcapasos, prótesis, alteraciones de la coagulación, entre otras, será necesario comunicar a su médico, para las consideraciones de la cirugía.





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:

CIRUGÍA VASCULAR

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 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:

CIRUGÍA VASCULAR

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.

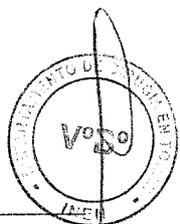
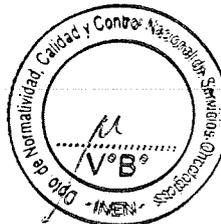
FECHA: HORA:



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°: