

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 26 de enero de 2021

VISTOS:

El Memorando N° 01-2019-CHC-INEN, del Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, el Informe N° 165-2020-SGC-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y el Informe N° 000029 -2021-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

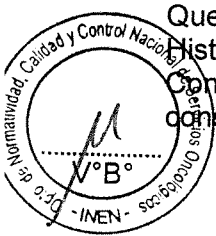
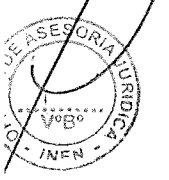
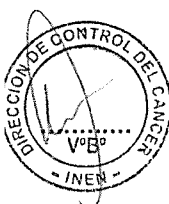
CONSIDERANDO:

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, 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° 165-2020-SGC-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, se indica que luego de haber analizado los formatos de consentimiento informado del Banco de Sangre del Departamento de Patología, considera adecuados para su aprobación;

Que, de la revisión efectuada a los formatos denominado consentimientos 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 Servicios de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento, del Departamento de Patología, 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;

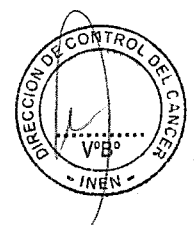
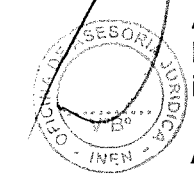
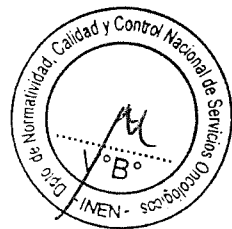
SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR los formatos de Consentimiento Informado del Banco de Sangre del Departamento de Patología, que en anexos forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente resolución en el portal institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN www.inen.sld.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE


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





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AFÉRESIS TERAPEUTICA

(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:

Aféresis Terapéutica: Es un procedimiento para extraer uno o más componentes sanguíneos. El procedimiento de aféresis consiste en conectar por vía venosa al donante o paciente a una maquina separadora de células, mediante un dispositivo medico estéril que separa uno o más hemocomponentes y devuelve el resto. La sangre llega al separador celular, donde se procesa y se selecciona el producto a recolectar, el resto de la sangre es devuelta al donante o paciente. La duración del procedimiento de aféresis terapéutica varía de acuerdo al protocolo a realizar. El procedimiento es realizado por personal capacitado y con experiencia bajo supervisión y responsabilidad de medico asistente de turno.

Objetivo:

Reducción de la carga de sustancias patológicas a niveles que permitan mejorar la salud del paciente, retirando de la circulación anticuerpos indeseables, lípidos, reduciendo leucocitos, glóbulos rojos o plaquetas en pacientes o para colectar células progenitoras hematopoyéticas de sangre periférica para efectos de trasplante.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Mejorar el pronóstico de vida del paciente.

Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta la probabilidad de mortalidad del paciente.

Riesgos reales y potenciales del procedimiento:

a. Dolor y hematoma en la zona de punción

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

Durante el procedimiento, se usa un anticoagulante, con el fin de que la sangre no se coagule mientras esta en la máquina, puede presentar los siguientes efectos adversos:

- Frío en todo el cuerpo.
- Náuseas.
- Hormigueo en la cara y/o dedos.
- Adormecimiento (alrededor de los labios, la nariz y la boca).
- Calambres musculares.
- Sensación de opresión en el pecho

NOTA: Si usted siente alguno de estos malestares u otros, comuníquelo de inmediato al personal que está a su cargo.

Pronóstico: Bueno ()

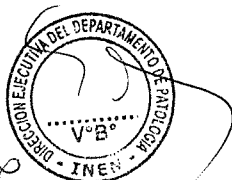
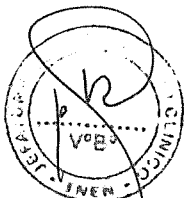
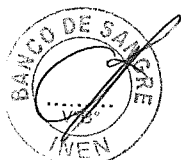
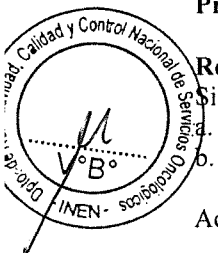
Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como:

- Dolor o enrojecimiento en la zona de punción.
- Equimosis y/o hematomas (moretones).

Acercarse inmediatamente a Banco de Sangre para su evaluación por el médico de turno.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

Declaro:

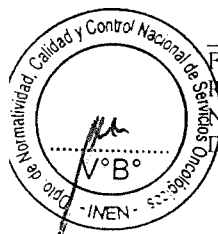
Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización del PROCEDIMIENTO DE AFÉRESIS TERAPEUTICA: Leucoféresis (), reducción de plaquetas (), reducción de hematíes (), recambio plasmático (), plasmaféresis () colecta de células progenitoras hematopoyéticas (). Otro.....

En mi calidad de donante (), paciente () 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 personal de Banco de Sangre () y los médicos tratantes sobre el procedimiento a realizarse.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización.
4. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

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

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



Firma del Donante () 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°:



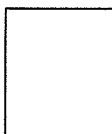
Firma y sello del Personal Encargado
Nombre y Apellidos:
CTMP N°:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Donante () 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 del PROCEDIMIENTO DE AFÉRESIS TERAPEUTICA, 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.

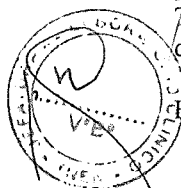
FECHA: .../...../..... HORA:

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°:





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 del PROCEDIMIENTO DE FOTOFÉRESIS EXTRACORPÓREA.

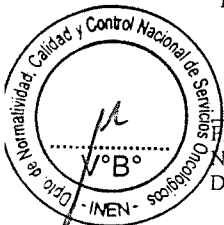
En mi calidad de paciente (), o representante legal () del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes y personal del Área de Banco de Sangre, sobre mi estado de salud .
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del 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.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

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

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

HORA:



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



Huella Digital
Índice Derecho

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

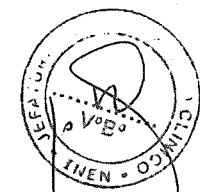
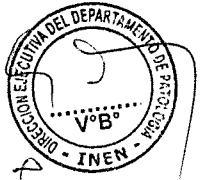


Firma y sello del Personal Encargado
Nombre y Apellidos:
CTMP N°:

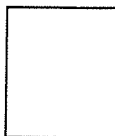
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

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

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

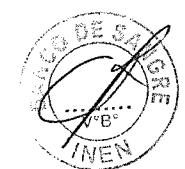


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

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





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE FOTOFÉRESIS EXTRACORPÓREA A PACIENTES.

(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 Fotoféresis o fotoquimioterapia extracorpórea (FEC), es un procedimiento terapéutico para el linfoma cutáneo de células T, enfermedad de injerto contra huésped después de un trasplante de células hematopoyéticas, y en el rechazo de aloinjertos de órganos sólidos tales como corazón/pulmón. También se ha podido establecer que la FEC puede ser la forma mejor tolerada de inmunomodulación.

En el procedimiento de Fotoféresis Extracorpórea se asegura un flujo sanguíneo adecuado antes de iniciar el procedimiento. Según el tipo de paciente (edad, facilidad de canalización de vías, peso), los accesos venosos pueden ser vías venosas periféricas en flexuras o un catéter venoso central (CVC).

Los pacientes son sometidos a un procedimiento de leucoféresis, para la obtención de linfocitos T y B, monocitos, macrófagos y granulocitos. Una vez obtenido el producto se le adiciona una sustancia, fotoactivadora llamada 8-methoxypsoralen (8-MOP). En seguida este producto es expuesto a irradiación UVA.

El procedimiento de Fotoféresis Extracorpórea dura alrededor 3 a 4 horas. Está a cargo de un médico especialista.

Objetivo:

El procedimiento de fotoféresis extracorpórea (FEC) brinda tratamiento inmunomodulador y terapia en linfoma cutáneo.

Alternativas:

No existen alternativas similares de tratamiento.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Mejora los resultados de los pacientes con la enfermedad injerto contra huésped (EICH) después de un trasplante de médula ósea, tratamiento de linfoma cutáneo y algunas enfermedades autoinmunes resistentes al tratamiento convencional.

Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Aumenta la probabilidad de mortalidad del paciente.

Riesgos reales y potenciales del procedimiento:

- Hipotensión.
- Reacciones piréticas transitorias (incremento de la temperatura, fiebre) de 37,7°C a 38,9°, entre seis y ocho horas después de la reinfusión de la sangre fotoactivada enriquecida con leucocitos.
- Incremento temporal de enrojecimiento de la piel, puede acompañar a la reacción pirética.
- Anemia,
- Infección y dolor en el acceso venoso.
- Eventos tromboembólicos.

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

Antes y durante el procedimiento, se usa Metoxsaleno y Heparina.

Efectos secundarios del Metoxaleno: reacciones fototóxicas, náuseas, síntomas de reacción alérgica y

Efectos secundarios de la Heparina: sangrado, trombocitopenia y reacciones alérgicas.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

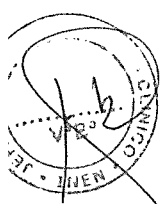
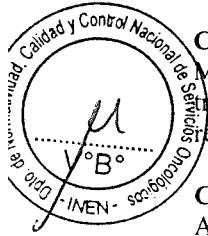
Recomendaciones:

- Utilizar gafas de sol envolventes que absorban UVA y que cubran la piel expuesta o bloqueador solar (SP 15 o superior) durante las veinticuatro (24) horas posteriores al tratamiento con Metoxsaleno, para la exposición directa o indirectamente la luz del sol, al aire libre o a través de un cristal de ventana.

- Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como:

- Dolor o enrojecimiento en la zona de punción.
- Equimosis y/o hematomas (moretones).

Acercarse inmediatamente a Banco de Sangre para su evaluación por el médico de turno.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr/Sra de años, con domicilio en; en calidad de donante para el paciente :, con número de Historia Clínica N°, con el Diagnostico :

Declaro:

Que el Medico:..... con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, la realización del Tamizaje Serológico.

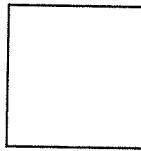
En mi calidad de donante, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por personal del Área de Banco de Sangre.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) sobre la existencia de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización.
4. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realicen los análisis de tamizaje correspondientes.

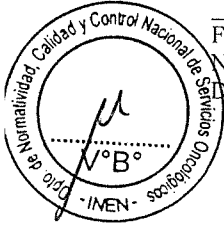
FECHA:/...../..... HORA:

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°:



Firma y sello del Personal Encargado
Nombre y Apellidos:
CTMP N°:

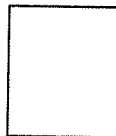


REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Sr/Sra de años, con domicilio en; en calidad de Donante 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 el procedimiento propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización del tamizaje serológico y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

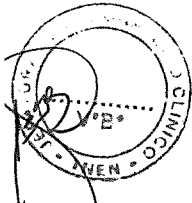
FECHA:/...../..... HORA:

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 EL TAMIZAJE SEROLÓGICO A DONANTES DE SANGRE Y AFÉRESIS

(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:

Dentro del tamizaje serológico a donantes de sangre y hemocomponentes por aféresis se consideran siete pruebas inmunoserológicas como son VIH virus que causa el SIDA, Hepatitis B (Antígeno de superficie y Core), Hepatitis C, virus HTLV I-II, Sífilis y enfermedad de Chagas, importantes en la obtención de sangre segura para los pacientes.

Las unidades de sangre donadas deberán tener como resultado NO REACTIVO para cada una de las pruebas realizadas y se procederá a su almacenamiento y posterior uso, si una o más de las pruebas tienen resultado REACTIVO o INDETERMINADO, se procederá a eliminación de la unidad de sangre. A los donantes de hemocomponentes por aféresis, se les realizarán las pruebas de tamizaje con antelación a la donación.

Los resultados obtenidos se manejarán salvaguardando la intimidad y confidencialidad. La toma de muestra es voluntaria y con información previa.

Objetivo:

Evitar la transmisión de enfermedades transmisibles por transfusión: Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), Virus de Hepatitis B (Antígeno de superficie y Core), Virus de Hepatitis C, virus de HTLV I-II, Sífilis y enfermedad de Chagas. a los receptores de sangre y componentes sanguíneos

Alternativas:

No existen otras alternativas.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Obtener unidades de sangre más seguras, que cumplan con la normatividad nacional vigente.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Las unidades de sangre no podrán ser usadas en los pacientes, por el riesgo de probable transmisión de enfermedades infecciosas por transfusión.

Riesgos reales y potenciales:

Dolor en la zona de punción.

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

No se aplica ningún medicamento.

Pronostico: Bueno ()

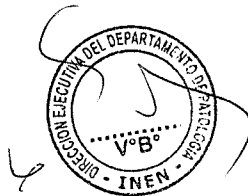
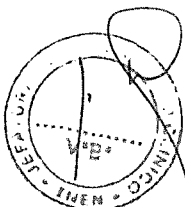
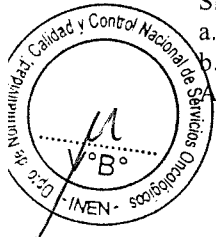
Reservado: ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la extracción de la muestra como:

- a. Dolor o enrojecimiento en la zona de punción.
- b. Equimosis y/o hematomas (moretones).

Acercarse inmediatamente a Banco de Sangre para su evaluación por el médico de turno.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de donante Voluntario () Voluntario (), para el paciente: con número de Historia Clínica N°, con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente, la realización de PROCEDIMIENTO DE AFÉRESIS: plaquetas (), glóbulos rojos(), plasma ()

En mi calidad de donante, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por personal del Área de Banco de Sangre.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización.
4. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

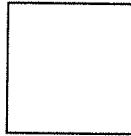
Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

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

Firma del Donante () 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°:

Firma y sello del Personal Encargado

Nombre y Apellidos:

CTMP N°:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

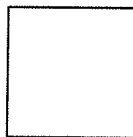
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Donante he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de PROCEDIMIENTO DE AFÉRESIS: plaquetas (), glóbulos rojos(), plasma (), y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente a donar, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

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

Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos:

DNI N°:

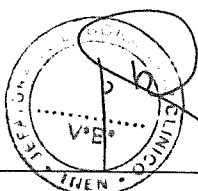
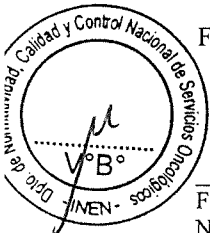


Huella Digital Índice Derecho

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 AFÉRESIS PRODUCTIVA

(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:

Aféresis productiva: es un procedimiento para extraer uno o más componentes sanguíneos. El procedimiento de aféresis consiste en conectar por vía venosa al donante a una máquina (separador celular), donde se procesa y se selecciona el producto a recolectar, el resto de la sangre es devuelta al donante. El procedimiento de aféresis puede durar entre 50 a 90 minutos.

Objetivo:

Obtener hemocomponentes a través del procedimiento de aféresis productiva, para el tratamiento de los pacientes con trombocitopenias, anemia y otros.

Alternativas:

No existen alternativas similares.

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Ninguna.

Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

No disponer de plaquetas u otro hemocomponentes para el tratamiento del paciente.

Riesgos reales y potenciales del procedimiento:

a. Dolor y hematoma en la zona de punción

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

Durante el procedimiento, se usa un anticoagulante, con el fin de que la sangre no se coagule mientras está conectado en la máquina y algunas personas raramente pueden presentar:

- a. Frío en todo el cuerpo.
- b. Náusea leve.
- a. Hormigueo en la cara y/o dedos.
- b. Adormecimiento (alrededor de los labios, la nariz y la boca).
- c. Calambres musculares.
- c. Sensación de opresión en el pecho.

NOTA: Si usted siente alguno de estos malestares u otros, comuníquelo de inmediato al personal que está a su cargo.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como:

- a. Dolor o enrojecimiento en la zona de punción.
- b. Equimosis y/o hematomas (moretones).

Acercarse inmediatamente a Banco de Sangre para su evaluación por el médico de turno.

