

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 12 de AGOSTO de 2021



VISTOS:

El Informe N° 000187-2021-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Informe N° 000182-20-EFCT-DP-DISAD/INEN, del Equipo Funcional de Citopatología, el Memorando N° 000011-2021-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 000967-2021-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;



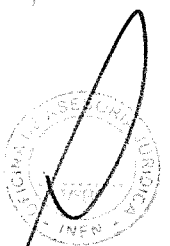
Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica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



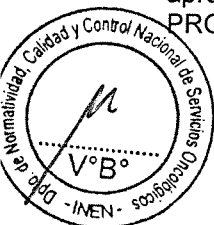
Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprobó la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales 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, práctica 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, con el Informe N° 182-20-EFCT-DP-DISAD/INEN, del Equipo Funcional de Citopatología remite un formato de "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA CON AGUJA FINA";



Que, mediante, el Memorando N° 000011-2021-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 06 de julio del presente año, acordó aprobar el formato de CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA CON AGUJA FINA;





Que, con el Informe N° 000187-2021-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, encuentra adecuado para su aprobación el formato de CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA CON AGUJA FINA, recomendando continuar con el proceso de validación y aprobación mediante acto resolutivo;



Que, de la revisión efectuada al formato de CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA CON AGUJA FINA, mencionado precedentemente, se aprecia que cumple con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);



Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Dirección de Control del Cáncer, del Equipo Funcional de Citopatología - Departamento de Patología, de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, del Presidente del Comité de Historias Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

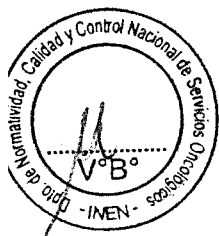
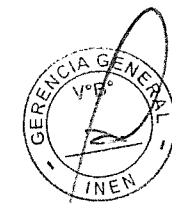
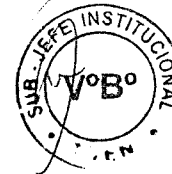
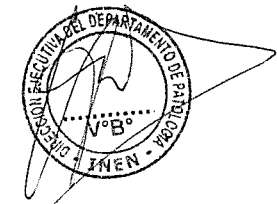
En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el formato de CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA CON AGUJA FINA del Equipo Funcional de Citopatología - Departamento de Patología de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General, la publicación de la presente resolución en la página web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



[Signature]
 Dr. EDUARDO PAZ MORALES
 Jefe Institucional
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
 SUBJEFATURA



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BIOPSIA CON AGUJA FINA

(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 con aguja fina, es un procedimiento de triaje, diagnóstico y/o tratamiento que consiste en la extracción de muestra citológica mediante el uso de una aguja fina.

Objetivo:

Obtener una muestra adecuada para el análisis citopatológico, como triaje, diagnóstico y/o tratamiento de la condición del paciente.

Alternativas:

Biopsia con aguja fina con anestesia local en radiodiagnóstico o biopsia quirúrgica.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Contribuye al triaje/diagnóstico de manera rápida.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Demora en el diagnóstico del paciente.

Riesgos reales y potenciales del procedimiento:

Dolor y hematoma en la zona de punción.

- Poco probable:
 - Sangrado o formación de hematomas: En caso de suceder, suele resolverse espontáneamente.
 - Dolor neurálgico.
- Raras:
 - Infección, sangrado masivo, daños a órganos.

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

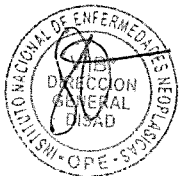
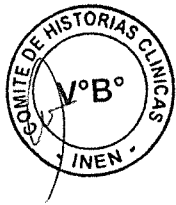
No se utilizan elementos farmacológicos en el procedimiento.

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como:

- a. Dolor o enrojecimiento en la zona de punción.
- b. Sangrado
- c. Fiebre

Acercarse inmediatamente a Emergencia 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, en calidad de paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:

Declaro: Que el personal me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

BIOPSIA CON AGUJA FINA en.....

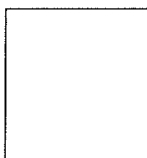
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
- 2. 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 padezco.

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

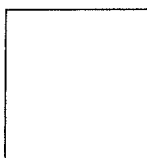
Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:.....
CMP N°: RNE N°:

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 CON AGUJA FINA** en 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°:

