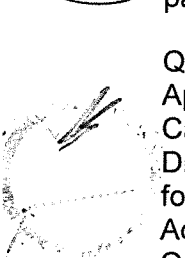
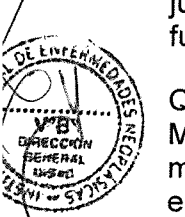
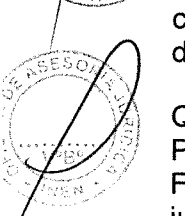
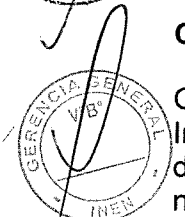
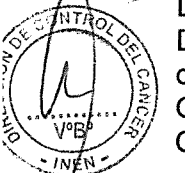


REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCION JEFATURAL
Surquillo, 04 de NOVIEMBRE de 2021



VISTOS:

El Memorando N° 000624-2021-DISAD/INEN, de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, el Memorando N° 001155-2021-DRD/INEN, del Departamento de Radiodiagnóstico, el Informe N° 000543-2021-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000018-2021-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 001525-2021-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, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba 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 Memorando N° 000624-2021-DISAD/INEN, la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, remite al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Informe N° 000244-2021-DRD/INEN del Departamento de Radiodiagnóstico, el cual solicita la validación del formato de "Consentimiento Informado para Resonancia Magnética con Administración de Contraste";

Que, a través del Memorando N° 000389-2021-DNCC-DICON/INEN, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, remite la revisión del formato de "Consentimiento Informado para Resonancia Magnética con



Administración de Contraste”, enviado por el Departamento de Radiodiagnóstico, con recomendaciones para su subsanación;

Que, el Memorando N° 001155-2021-DRD/INEN, del Departamento de Radiodiagnóstico remite el formato de “Consentimiento Informado para Resonancia Magnética con Administración de Contraste”, subsanando las observaciones y con visto bueno de su Departamento y Dirección;

Que, el Informe N° 000543-2021-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, encuentra adecuado para su aprobación el formato de “Consentimiento Informado para Resonancia Magnética con Administración de Contraste”, del Departamento de Radiodiagnóstico;

Que, con el Memorando N° 000018-2021-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 29 de setiembre del presente año, acordó, aprobar el formato de “Consentimiento Informado para Resonancia Magnética con Administración de Contraste”;

Que, de la revisión efectuada al formato del “Consentimiento Informado para Resonancia Magnética con Administración de Contraste”, 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, Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, del Departamento de Radiodiagnóstico, del Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Presidente del Comité de Historia 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;

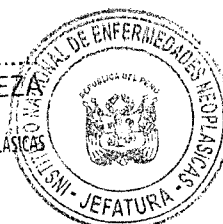
SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el formato de “Consentimiento Informado para Resonancia Magnética con Administración de Contraste”, del Departamento de Radiodiagnóstico, el mismo 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


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





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA CON ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE

(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:

Este procedimiento de Resonancia magnética con administración de contraste hace uso de la administración de una sustancia de contraste a base de Gadolinio, que se administra por un acceso venoso periferico, lo cual permite hacer una evaluación dinámica de los diferentes organos obteniendo imágenes anatómicas del interior del cuerpo mediante el empleo de un campo electromagnético, un emisor de ondas de radio y un ordenador.

Objetivo:

Obtener imágenes de los órganos y tejidos del cuerpo, lo cual facilita la detección de anomalías sutiles y posterior tratamiento, permitiendo estudiar la patología desde el punto de vista imagenológico.

Alternativas:

Tomografía espial multicorte con administración de contraste.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Complementar la evaluación integral de la patología, mediante imágenes, que ayudaran al manejo integral del paciente.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Se tendrá información incompleta desde el punto de vista de imágenes de la patología del paciente.

Riesgos reales y potenciales:

La exposición al campo magnético no ocasiona problemas si se cumplen con las recomendaciones que le indicará el personal de salud del área.

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

Los efectos adversos del uso de medicamento de contraste como el Gadolinio son:

- Leve: urticaria leve, prurito leve, eritema
- Moderada: urticaria notable, broncoespasmo leve edema facial/laríngeo, vómitos
- Severa: Shock hipotensivo, paro cardioresiratorio.

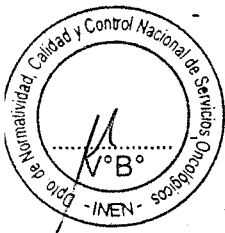
Ante la presencia de algún efecto adverso, nuestra institución tiene instaurado los mecanismos para un atención con la finalidad de salvaguardar su seguridad.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Informar la presencia de implantes, dispositivos u objetos magnéticos y electrónicos antes del estudio, debido a que pueden ser peligrosos y pueden interferir con el procedimiento de resonancia magnética, a su médico y personal de salud del área.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: Cefalea, dolor en zona de punción, prurito, náuseas, vómito, disnea o cualquier molestia durante el procedimiento avisar al personal de salud en el área, informar al personal tecnólogo médico o enfermera o médico radiólogo en el área de imágenes inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente:, con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:
Declaro:
Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

RESONANCIA MAGNÉTICA CON ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE

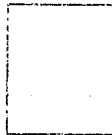
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos sobre mi estado de salud.
2. Haber recibido información acerca de los riesgos del uso de contraste radiológico.
3. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
4. 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.
5. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
6. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

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

FECHA: HORA:

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



Huella Digital
Índice Derecho

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

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

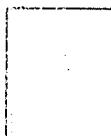
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en con DNI N°, en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad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

RESONANCIA MAGNÉTICA CON ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE

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°:

