

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 15 de SETIEMBRE del 2022

VISTOS:

El Memorando N°000013-2022-CHC/INEN, del Presidente del Comité de Historias Clínicas del INEN, el Informe N° 000419-2022-DICON-INEN, de la Dirección de Control del Cáncer, el Informe N° 00645-2022-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y el Informe N° 001336-2022-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

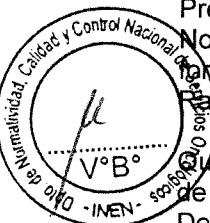
Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector salud, actualmente como Organismo Público Ejecutor;

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, 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, mediante Memorando N°000013-2022-CHC/INEN, de fecha 16 de agosto de 2022, 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 descritos en dicho documento del Departamento de Radiodiagnóstico de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento;

Que, con Informe N° 000419-2022-DICON-INEN, de fecha 23 de agosto de 2022, la Dirección de Control del Cáncer en merito al Informe N° 00645-2022-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, eleva los dieciséis (16) formatos de consentimiento informado del Departamento de Radiodiagnóstico de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, para el proceso de aprobación correspondiente;





Que, de la revisión efectuada a los Formatos de Consentimientos Informados del Departamento de Radiodiagnóstico de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, mencionados precedentemente, 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, mediante documento de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con formular y visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;



Contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, Gerencia General, Dirección de Control del Cáncer, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Departamento de Radiodiagnóstico, Presidente del Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;



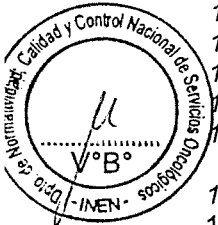
En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar los dieciséis (16) Formatos de Consentimientos Informados del Departamento de Radiodiagnóstico de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, los mismos en anexo forman parte integrante de la presente resolución, constituidos por los siguientes:



1. *Consentimiento Informado la realización de Biopsia de Mama con Aguja Gruesa Guiada por Ecografía.*
2. *Consentimiento Informado Para Biopsia de Mama con Aguja Fina Guiada por Ecografía.*
3. *Consentimiento Informado Para La Biopsia Asistida Por vacío (BAV) guiada por Estereotaxia en Lesiones Mamarias.*
4. *Consentimiento Informado para el Procedimiento de localización pre-quirúrgica de Lesiones Mamarias mediante Arpón.*
5. *Consentimiento Informado para Ablación Tumoral Percutánea de Hígado.*
6. *Consentimiento Informado para Biopsia Abdominal Percutánea.*
7. *Consentimiento Informado para Biopsia de Partes Blandas.*
8. *Consentimiento Informado para Biopsia Ósea.*
9. *Consentimiento Informado para Drenajes De Colecciones.*
10. *Consentimiento Informado para Drenaje Y Endoprótesis Biliar.*
11. *Consentimiento Informado para Nefrostomía Percutánea.*
12. *Consentimiento Informado para Quimioembolización Hepática.*
13. *Consentimiento Informado para La Revisión y Recambio De Catéteres.*
14. *Consentimiento Informado para el estudio Baritado del Esófago, Estómago y Duodeno a doble contraste.*
15. *Consentimiento Informado para el estudio Baritado del colon a doble contraste.*
16. *Consentimiento Informado para Tomografía con administración de sustancia de Contraste.*



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

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE


M.G. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA,
 Jefe Institucional
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Sector Salud



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECOGRAFÍA

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

Procedimiento:

Es un procedimiento que consiste en obtener varias muestras de una lesión detectada por ecografía con la utilización de una aguja gruesa de un calibre determinado según el tipo de lesión. Es un procedimiento mínimamente invasivo y ambulatorio. Se aplica anestesia local, xilocaína al 2% sin epinefrina, se coloca con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja. Durante la intervención deberá permanecer decúbito lateral o decúbito supino en camilla de ecografía.

Objetivo:

Obtener una muestra de la lesión mamaria para su posterior estudio anatomopatológico sin necesidad de intervención quirúrgica o internamiento.

Alternativas:

- Biopsia con aguja fina (BAAF): sólo permite un estudio citológico.
- Biopsia mediante agujas de mayor calibre (sistemas de vacío, etc.): que puede ocasionar mayor índice de complicaciones.
- Biopsia quirúrgica: se realiza mediante una intervención quirúrgica y conlleva los riesgos propios de una cirugía.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Conseguir un diagnóstico más certero para un tratamiento o seguimiento adecuado. Cicatriz en la zona biopsiada. Se evita una cirugía y por ende una cicatriz por una cirugía.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

En caso de no realizarse la biopsia percutánea, sería necesario realizar el estudio anatomopatológico mediante técnicas quirúrgicas. Se podría retrasar el diagnóstico de cáncer de mama.

Riesgos reales y potenciales:

En caso de aparición de complicaciones inmediatas, el personal que le atiende tomará la decisión oportuna para su solución. Si las complicaciones aparecen de manera tardía, deberá acudir al servicio de emergencia.

- **Riesgos Leves Frecuentes:** Molestias o dolor en la mama tras el efecto de la anestesia, sangrado o formación de un hematoma en la mama, siendo la mayoría de pequeña cuantía y con resolucionespontánea.
- **Riesgos Leves Infrecuentes:** Infección en la zona de la punción, mareo que generalmente desaparece de forma espontánea. Si usted es portadora de prótesis mamarias existe una posibilidad remota de rotura de las mismas al realizar la biopsia.
- **Riesgos Graves e Infrecuentes:** De forma excepcional se puede puncionar la pleura (capa que rodea el pulmón), produciendo un neumotórax, muy excepcionalmente puede existir una reacción alérgica aguda severa al anestésico local, hematomas que necesitan drenaje quirúrgico.

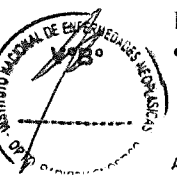
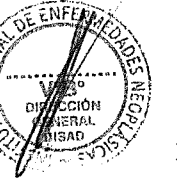
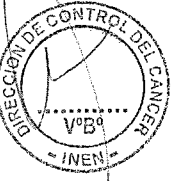
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

- El uso de sustancias yodadas que se usan para la limpieza de la piel puede presentar: enrojecimiento de la piel, prurito, edema, dermatitis de contacto.
- Reacción alérgica a la anestesia local, frecuentes trastornos del sistema nervioso (miedo, ansiedad, cefalea pulsante), disnea, sudoración, náuseas, vómitos, temblores, mareos, trastornos cardiovasculares: taquicardia, palpitations, palidez.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Si Ud. toma alguna medicina en forma habitual, sobre todo anticoagulante o usa frecuentemente aspirina, debe comunicarlo a su médico para recibir las indicaciones que debe seguir antes y después de la prueba.





PERÚ

Sector Salud



Después del procedimiento:

- Deberá permanecer con el parche por 48 horas.
- Debe comprimir la zona para disminuir la posibilidad de hematoma.
- No debe realizar actividad física ni levantar peso.
- Si hay dolor en la zona, seguir las indicaciones de su médico.
- De presentar sangrado, fiebre, aumento del volumen o calor en la zona biopsiada acudir inmediatamente a su médico o al Servicio de Emergencia del INEN.

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 DE MAMA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECOGRAFÍA

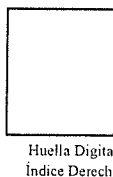
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
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 padezco.
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°:



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 DE MAMA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECOGRAFÍA

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

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

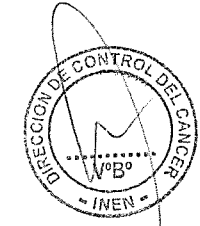
Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



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

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este 2520 - Surquillo, Lima - 34 Telf.: 201-6500 Web: www.inen.sld.pe E-mail: mesadepartesvirtual@inen.sld.pe





PERÚ

Sector



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOGRAFÍA

(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:

Biopsia mínimamente invasiva guiada por ecografía que consiste en obtener varias muestras citológicas de la lesión detectada mediante la utilización de una aguja de calibre muy fino (delgada) que no suele superar el grosor de 1-2mm. La prueba se realiza de forma ambulatoria y no requiere preparación. Durante la intervención deberá permanecer decúbito lateral o decúbito supino en camilla de ecografía. Se aplica anestesia local, xilocaína al 2% sin epinefrina, se coloca con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja.

Objetivo:

Obtener una muestra de la lesión mamaria para su posterior estudio anatomopatológico sin necesidad de intervención quirúrgica o internamiento.

Alternativas:

- Biopsia mediante agujas de mayor calibre (biopsia con aguja gruesa, sistemas de vacío, etc.): con estos procedimientos se obtiene mayor cantidad de muestra, pudiendo ocasionar mayores complicaciones.
- Biopsia quirúrgica: se realiza mediante una intervención quirúrgica y conlleva los riesgos propios de una cirugía.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Conseguir un diagnóstico más certero para un tratamiento o seguimiento adecuado.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

En caso de no realizarse la biopsia percutánea, sería necesario realizar análisis histológico mediante técnicas con aguja de mayor calibre o con una intervención quirúrgica. De no llegar a dicho diagnóstico histológico, se podría retrasar un diagnóstico de cáncer de mama.

Riesgos reales y potenciales:

En caso de aparición de complicaciones inmediatas, el personal que le atiende tomará la decisión oportuna para su solución.

- **Riesgos Leves Frecuentes:** Molestias o dolor en la mama tras el efecto de la anestesia.
- **Riesgos Leves Infrecuentes:** Infección en la zona de la punción, mareo que generalmente desaparece de forma espontánea. Si usted es portadora de prótesis mamarias, existe una posibilidad remota de rotura de estas, al realizar la biopsia.
- **Riesgos Graves e Infrecuentes:** De forma excepcional se puede puncionar la pleura (capa que rodea el pulmón), produciendo un neumotórax.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

- El uso de sustancias yodadas que se usan para la limpieza de la piel puede presentar: enrojecimiento de la piel, prurito, edema, dermatitis de contacto.
- Reacción alérgica a la anestesia local, trastornos del sistema nervioso (miedo, ansiedad, cefalea pulsante), disnea, sudoración, náuseas, vómitos, temblores, mareos, trastornos cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, palidez).

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Si Ud. toma alguna medicina en forma habitual, sobre todo anticoagulante o usa frecuentemente aspirina, debe comunicarlo a su médico para recibir las indicaciones que debe seguir antes y después de la prueba.
- Durante el procedimiento siga las indicaciones del médico.

Después del procedimiento:

- Deberá permanecer con el parche el tiempo que le indique su médico.
- Si hay dolor en la zona, seguir las indicaciones de su médico.
- De presentar sangrado, fiebre, aumento del volumen o calor en la zona biopsiada acudir inmediatamente a su médico o al Servicio de Emergencia del INEN.



PERÚ

Sector



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 DE MAMA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOGRAFÍA

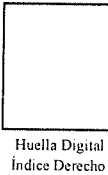
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
- 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 padezco.
- 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 DE MAMA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOGRAFÍA

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 BIOPSIA ASISTIDA POR VACÍO (BAV) GUIADA POR ESTEREOTAXIA EN LESIONES MAMARIAS

(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 consiste en realizar una biopsia mínimamente invasiva, guiada por mamografía, con ayuda de un sistema de Estereotaxia, ya sea Estereotaxia 2D o 3D. Por ese medio se puede obtener varias muestras de la lesión detectada por estudio mamográfico, utilizando una aguja y la aspiración por vacío. Este procedimiento es ambulatorio, durante el cual usted estará echada boca abajo, de costado o sentada. Durante la intervención la mama deberá permanecer comprimida por el mamógrafo. Se aplica anestesia local, xilocaína al 2% sin epinefrina, se coloca con inyección percutánea en la zona a biopsiar, se realiza una mínima incisión sobre la piel para facilitar la entrada de la aguja. Al terminar la prueba se deja un marcador de titanio en lecho de biopsia a fin de comprobar la localización y de localizar la zona en caso de ser necesaria la cirugía posterior.

Objetivo:

Obtener muestras de tejido mamario sospechoso para su estudio anatomopatológico.

Alternativas:

Biopsia quirúrgica: mediante una intervención y conlleva los riesgos propios de una cirugía y una cicatriz de mayor tamaño.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Conseguir un diagnóstico más certero para un tratamiento o seguimiento adecuado. Puede dejar una cicatriz pequeña.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

En caso de no realizarse la biopsia, sería necesario realizar el estudio anatomopatológico de la lesión problema, mediante métodos quirúrgicos. Se podría retasar un diagnóstico de cáncer de mama y posterior manejo.

Riesgos reales y potenciales:

En caso de aparición de complicaciones inmediatas, el personal que atiende tomará decisión oportuna para su solución.

- **Riesgos leves frecuentes:** Molestias o dolor en la mama tras el efecto de la anestesia, sangrado o formación de un hematoma en la mama, de pequeño tamaño y con resolución espontánea.
- **Riesgos leves infrecuentes:** Infección en la zona de la punción, mareo que generalmente desaparece de forma espontánea. Si usted es portadora de prótesis mamarias, existe una posibilidad remota de rotura de estas al realizar la biopsia por compresión de la estereotaxia.
- **Riesgos graves e infrecuentes:** reacción alérgica al anestésico local, se podría formar un hematoma que necesite drenaje quirúrgico.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

- El uso de sustancias yodadas que se usan para la limpieza de la piel puede presentar: enrojecimiento de la piel, prurito, edema, dermatitis de contacto.
- Reacción alérgica a la anestesia local, trastornos del sistema nervioso (miedo, ansiedad, cefalea pulsante), disnea, sudoración, náuseas, vómitos, temblores, mareos, trastornos cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, palidez).

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Si Ud. toma alguna medicina en forma habitual, sobre todo anticoagulante o usa frecuentemente aspirina, debe comunicarlo a su médico para recibir las indicaciones que debe seguir antes y después de la prueba.

Durante el procedimiento: siga las indicaciones del médico.

- Debe traer una compresa de hielo para disminuir la posibilidad de hematoma.

Después del procedimiento:

- Deberá permanecer con el parche y el vendaje por 48 horas.
- No debe realizar actividad física ni levantar peso.
- Si hay dolor en la zona siga lo indicado por su médico.
- Acudir a su control 48 horas después del procedimiento.
- De presentar sangrado, fiebre, aumento del volumen o calor en la zona biopsiada acudir inmediatamente a su médico o al Servicio de Emergencia del INEN.



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

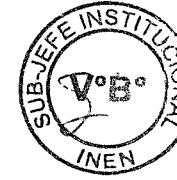
BIOPSIA ASISTIDA POR VACÍO (BAV) GUIADA POR ESTEREOTAXIA EN LESIONES MAMARIAS

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.
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 padezco.
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°:

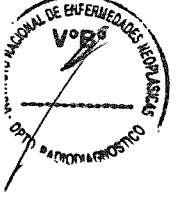
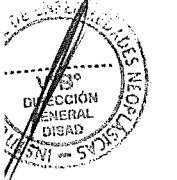
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

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

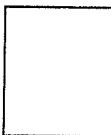
BIOPSIA ASISTIDA POR VACÍO (BAV) GUIADA POR ESTEREOTAXIA EN LESIONES MAMARIAS

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 EL PROCEDIMIENTO DE LOCALIZACIÓN PRE-QUIRÚRGICA DE LESIONES MAMARIAS MEDIANTE ARPÓN

(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 consiste en colocar una aguja (Arpón) en el lugar de la lesión de la mama, y se puede colocar con ayuda mamográfica 2D o 3D donde la mama permanecerá comprimida, o por ecografía, la elección de la forma de colocación la hace su médico y depende del procedimiento donde es más seguro ver la lesión.

Para esta intervención se realizará la anestesia local, xilocaína al 2% sin epinefrina, se coloca con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja.

En el caso de ser colocado el arpón con guía mamográfica el Médico Radiólogo verifica la lesión, se usa la parrilla fenestrada y se toma la mamografía para localizar la lesión donde se va a colocar el arpón. Una vez que se coloca el arpón se toma la radiografía y la imagen es enviada al sistema PACS RIS y se comunica al paciente la finalización del procedimiento. El paciente va a sala de operaciones y la pieza viene a radiología para la confirmación de la extracción de la lesión.

Si el procedimiento es por guía ecográfica, el radiólogo identifica la lesión y se coloca el arpón, en este caso no se usa la parrilla, luego de la colocación el paciente va a sala de operaciones, la pieza ya no regresa para confirmación.

Objetivo:

Facilitar la extracción quirúrgica con mayor precisión, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento de las patologías oncológicas mamarias.

Alternativas:

Estereotaxia.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Al marcar la lesión, el cirujano podrá realizar una localización de la lesión a extirpar con mayor precisión.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Dificultad en encontrar la lesión por método quirúrgico e incluso no lograr extirpar la lesión.

Riesgos reales y potenciales:

- Mareos, pérdida del conocimiento transitoria durante unos segundos.
- Dolor a la punción.
- Sangrado local mínimo.
- Desplazamiento del arpón que puede dificultar la extirpación.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

- El uso de sustancias yodadas que se usan para la limpieza de la piel puede presentar: enrojecimiento de la piel, prurito, edema, dermatitis de contacto, reacciones locales alérgicas.
- Reacción alérgica a la anestesia local, trastornos del sistema nervioso (miedo, ansiedad, cefalea pulsante), disnea, sudoración, náuseas, vómitos, temblores, mareos, trastornos cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, palidez).

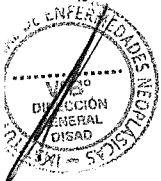
Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Informar a su médico si toma alguna medicina con frecuencia o algún anticoagulante, para recibir las indicaciones antes y después del procedimiento.

Durante el procedimiento: debe mantener informado a su médico de algún malestar.

- No sacar el parche que cubre el arpón, este será retirado en el acto quirúrgico.





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:

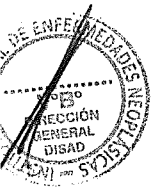
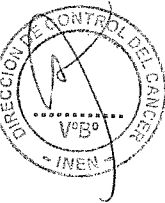
LOCALIZACIÓN PRE-QUIRÚRGICA DE LESIONES MAMARIAS MEDIANTE ARPÓN

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:

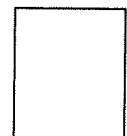
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
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:

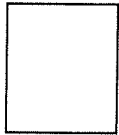
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°, en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha.....** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad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

LOCALIZACIÓN PRE-QUIRÚRGICA DE LESIONES MAMARIAS MEDIANTE ARPÓN

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

Procedimiento:

Consiste en introducir una aguja gruesa hasta el nódulo hepático que se le va a tratar. Una vez en la lesión, se aplica calor (en forma de RADIOFRECUENCIA, MICROONDAS o LÁSER), frío extremo (CRIOABLACIÓN) o pulsos eléctricos de alto voltaje (ELECTROPORACIÓN) según sus circunstancias personales y las características de su tumor.

Este procedimiento utiliza como técnica radiológica la ecografía () , tomografía () o fluoroscopia () para dirigir y situar de forma muy precisa esta aguja en el seno del tumor. Una vez allí se aplica la energía localmente.

Usted estará sedado o anestesiado por el Médico Anestesiólogo, durante todo el procedimiento. La duración de la intervención es, aproximadamente, de una a dos horas. Después, permanecerá en el Hospital durante 24 - 48 horas.

Objetivo:

Destruir células tumorales, sin cirugía ni quimioterapia.

Alternativas:

En la actualidad, la alternativa sería la intervención quirúrgica, aunque, dependiendo de sus circunstancias personales o del tipo de tumor, se podrá administrar quimioterapia o radioterapia, quimioembolización o radioembolización.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

El resultado es un área focal de destrucción de tejido que incluirá al tumor sin lesionar el tejido hepático sano que lo rodea.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Progresión de enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Si se utiliza TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer. Si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

• **Riesgos Leves:** dolor local tras la intervención, náuseas, fiebre y malestar general, infección en el lugar de punción en la piel, aumento transitorio de las transaminasas, derrame pleural de escasa cuantía si el tumor tratado está cercano a la pleura, quemaduras en la zona de la piel donde se le pegan los "parches-electrodos".

• **Riesgos Graves:** hemorragia interna, perforación intestinal en el caso de que la lesión se encuentre cerca de un asa de intestino, inflamación de la vesícula biliar, Infección o absceso intraabdominal, trombosis en la vena porta (vena que irriga el hígado), diseminación del tumor a través del tracto de la aguja de punción, lo cual es excepcional ya que también se procede a "quemar" el mismo, intervención quirúrgica, muerte entre 0,1 y 0,3 % de los casos.

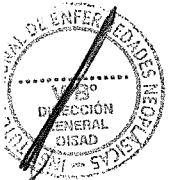
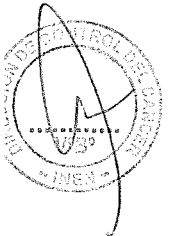
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

No se utiliza ningún elemento farmacológico en el procedimiento.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor en la zona de punción, hemorragia en la zona de punción, signos de infección en la zona de punción, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

ABLACIÓN TUMORAL PERCUTÁNEA DE HÍGADO

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.
- 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 padezco.
- 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:

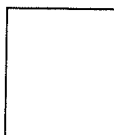
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre(), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha**..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a lanecesidad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

ABLACIÓN TUMORAL PERCUTÁNEA DE HÍGADO

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 Digita
Índice Derecho

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA ABDOMINAL PERCUTÁNEA

(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 abdominal consiste en tomar una muestra de una parte de algún tejido de su abdomen (hígado, riñón, páncreas, ganglios linfáticos, etc.) mediante una aguja. Esta muestra se analizará en el laboratorio para así intentar obtener un diagnóstico preciso de su enfermedad. Se pinchará el abdomen con una aguja especial, y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local, xilocaína al 2% sin epinefrina con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja.

Durante la exploración será necesaria su colaboración, ya que el médico le indicará cuándo tomar o echar aire. Esta exploración dura aproximadamente 20 minutos.

Este procedimiento puede ser guiado por ecografía () o tomografía ()

Objetivo:

Obtención de muestra de tejido del abdomen para a su análisis anatomopatológico y así contribuir al diagnóstico de su enfermedad.

Alternativas:

Obtener tejido en una intervención quirúrgica.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Diagnóstico de su enfermedad.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

No se obtendría un diagnóstico preciso de su enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Si ocurriera cualquier complicación, nuestra institución tomará todas las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

- Dolor de la zona de punción, que desaparece espontáneamente.
• Hemorragia en la zona de punción. Se trata de una complicación rara, que generalmente produce únicamente un hematoma o moratón en la zona de punción.
• Hemorragia interna. Esta es una complicación muy rara. Puede obligar a la administración desueros, a la transfusión de sangre o a la cirugía. En casos excepcionales podría causar la muerte.
• Infección localizada en la zona de punción.
• Mareo o dolor en el omoplato y región epigástrica, que desaparece de forma espontánea.
• Reacción pancreática (pancreatitis generalmente leve) debido a la punción del páncreas.
• Hematuria (sangrado por la orina) los días posteriores a la punción renal o pérdida del riñón, complicación muy rara, luego de la biopsia renal.
• Excepcionalmente derrame de bilis en la cavidad abdominal.
• Si se utiliza TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.

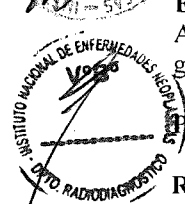
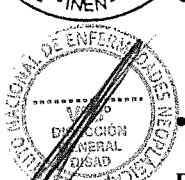
Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas:

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

Anestésico local: Reacciones alérgicas incluyendo comezón o ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de la garganta y de otras partes del cuerpo.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor en la zona de punción, hemorragia en la zona de punción, signos de infección en la zona de punción, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

BIOPSIA ABDOMINAL PERCUTÁNEA

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.
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 padezco.
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 Dígita
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 propuesta, decido **NO AUTORIZAR** la realización de:

BIOPSIA ABDOMINAL PERCUTÁNEA

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 Dígita
Índice derecho

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE PARTES BLANDAS

(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 partes blandas consiste en tomar una muestra de la lesión de partes blandas a estudiar para analizarla y así diagnosticar su enfermedad.

Para ello, se punzará la zona a través de la piel con una aguja especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local xilocaína al 2% sin epinefrina, con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja.

Usando esa aguja especial, se toman varias muestras de la lesión (de 3 a 4). Esta exploración dura aproximadamente 20 minutos.

Este procedimiento puede ser guiado por ecografía () o tomografía ()

Objetivo:

Obtención de una muestra de su lesión de partes blandas para su análisis anatomopatológico y así contribuir al diagnóstico certero de su enfermedad.

Alternativas:

Obtener muestra de tejido por intervención quirúrgica.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Diagnóstico de su enfermedad.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

No se obtendría un diagnóstico preciso de su enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

- Dolor de la zona de punción, que desaparece espontáneamente.
• Hemorragia en la zona de punción. Se trata de una complicación rara, que generalmente produce únicamente un hematoma o moratón en la zona de punción.
• Infección localizada en la zona de punción.
• Mareo que generalmente desaparece de forma espontánea.
• Riesgos específicos relacionados con sus circunstancias personales:

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

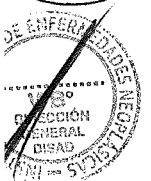
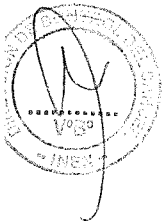
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Anestésico local: reacciones alérgicas incluyendo comezón o ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de la garganta y de otras partes del cuerpo.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor en la zona de punción, hemorragia en la zona de punción, signos de infección en la zona de punción, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

BIOPSIA DE PARTES BLANDAS

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.
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 padezco.
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 propuesta, decido **NO AUTORIZAR** la realización de:

BIOPSIA DE PARTES BLANDAS

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 BIOPSIA ÓSEA

(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 punción biopsia ósea, consiste en tomar una muestra de su lesión mediante una aguja para analizarla y así intentar dar un diagnóstico de su enfermedad.

Este procedimiento utiliza como técnica radiológica la ecografía (), tomografía () o fluoroscopia (), con ello dirigiremos de manera precisa una aguja hasta colocarla en el sitio deseado.

Se pinchará con una aguja especial y para evitar que le duela se le pondrá anestesia local, xilocaína al 2% sin epinefrina, se coloca con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja. La intervención dura aproximadamente 20 - 40 minutos.

Existe la posibilidad que por las características de la lesión se requiera una anestesia o sedación, este procedimiento será realizado por el Médico Anestesiólogo, y se le informará al respecto.

Objetivo:

Obtención de muestra de su lesión ósea para su análisis anatomopatológico y así contribuir al diagnóstico de su enfermedad.

Alternativas:

Obtener una muestra de lesión ósea en un quirófano, mediante intervención quirúrgica.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Diagnóstico de su enfermedad.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

No se obtendría un diagnóstico preciso de su enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de esta institución están dispuestos para intentar solucionarlas.

- Dolor intenso en el momento de la punción si pincha una raíz nerviosa (normalmente es instantáneo y cede solo).
• Hemorragia en el sitio de punción, generalmente autolimitada.
• Si la lesión es de tipo infeccioso (osteomielitis) podría existir una diseminación de su infección que habría que tratar con antibióticos. Esta posibilidad es muy rara.
• Punción accidental de otro órgano o estructura en el trayecto de la punción.
• Eventualmente al realizar el procedimiento, puede causar neumotórax. Complicación que puede requerir la colocación de un tubo en el tórax para vaciar este aire.
• Aunque las complicaciones descritas son muy poco frecuentes, excepcionalmente pueden ser graves, incluso la muerte.
• Si se utiliza TAC o radioscopia como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
• Riesgos específicos relacionados con sus circunstancias personales:

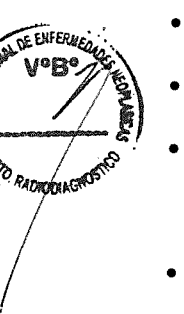
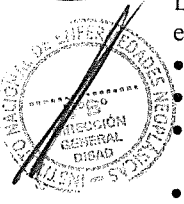
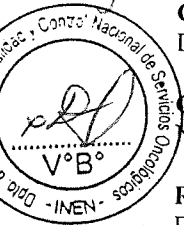
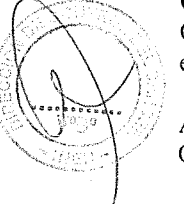
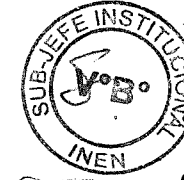
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

Anestésico local: reacciones alérgicas incluyendo comezón o ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de la garganta y de otras partes del cuerpo.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor en la zona de punción, hemorragia en la zona de punción, signos de infección en la zona de punción, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

BIOPSIA ÓSEA

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.
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 padezco.
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:

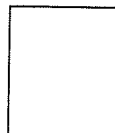
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha.....**
De forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la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

BIOPSIA ÓSEA

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 DRENAJES DE COLECCIONES

(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 de colecciones es una intervención que sirve para vaciar líquido de una cavidad, infectado o no infectado. Se coloca anestesia en la superficie de la piel, con xilocaína al 2% sin epinefrina, por inyección percutánea en la zona a drenar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja.

Se le pinchará con una aguja fina la cavidad, luego de lo cual se realizará una aspiración de contenido confirmando las características de la secreción.

Se procede luego a ingreso de guía fina, dilatadores, guía teflonado y catéter de drenaje; que tendrá unos días hasta que la colección se evacúe completamente. Generalmente el tubo se tiene colocado menos de 10 días, pero puede necesitarlo hasta más de 60 días.

La intervención dura aproximadamente 20 - 40 minutos, y en ocasiones requiere sedación, que en su caso será realizado por el Médico Anestesiólogo.

Este procedimiento puede ser guiado por ecografía () o tomografía ()

Objetivo:

El Objetivo del procedimiento es vaciar líquido, generalmente pus u otro líquido infectado (sangre, orina, etc.) de una cavidad.

Alternativas:

La intervención quirúrgica y en ocasiones el tratamiento médico antibiótico.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Evacuación de la colección.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Persistencia de la colección y molestias.

Riesgos reales y potenciales:

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas

- Temblor que se suele resolver con tratamiento médico.
• Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, habría que volver a colocarlo.
• Se puede pinchar un órgano de la cavidad abdominal, que generalmente no requiere ningún tipo de tratamiento.
• Se puede pinchar un vaso sanguíneo (arteria o vena), que, si sangra mucho, y de manera excepcional, podrá requerir tratamiento.
• Eventualmente al realizar el procedimiento, puede causar neumotórax. Complicación que puede requerir la colocación de un tubo en el tórax para vaciar este aire.
• Si se utiliza TAC como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
• Riesgos específicos relacionados con sus circunstancias personales:

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

Anestésico local: reacciones alérgicas incluyendo comezón o ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de la garganta y de otras partes del cuerpo.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor, hemorragia y signos de infección a nivel de la zona de inserción de catéter, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

DRENAJE DE COLECCIÓN DE

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

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
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 padezco.
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 propuesta, decido **NO AUTORIZAR** la realización de:

DRENAJE DE COLECCIÓN DE.....

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 DRENAJE Y ENDOPRÓTESIS BILIAR

(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 biliar es una intervención que permite el paso de la bilis hacia el intestino (drenaje interno) o hacia el exterior (drenaje externo), con lo que se eliminará su coloración amarillenta y mejorará su estado general, aliviándole especialmente el picor. Se introducirá una aguja muy fina, por la que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los conductos de la bilis en las imágenes. A continuación, se colocará un tubo (catéter), por el que se deriva la bilis. En algunos casos se colocará posteriormente una malla metálica o stent para mantener permeables las vías biliares (endoprótesis). Este procedimiento puede ser guiado por ... Durante esta intervención se le administrará anestesia local con xilocaína al 2% sin epinefrina, se coloca con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja. La duración de la intervención dura aproximadamente 90 minutos, realizándose primero el drenaje y posteriormente y si estuviera indicado y fuera posible, en una segunda intervención, se colocaría la endoprótesis.



Objetivo:

Extraer la bilis acumulada en el hígado.

Alternativas:

Intervención quirúrgica o por vía endoscópica.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

- Descomprimir la vía biliar en pacientes sintomáticos, evitar los efectos deletéreos de la hiperbilirrubinemia y acceder a la vía para procedimientos adicionales ya sean de carácter terapéutico o paliativo.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

- Persistencia y empeoramiento de la ictericia y efectos deletéreos de la Hiperbilirrubinemia, la bilisestancada puede producir una infección general grave (sepsis).

Riesgos reales y potenciales:

De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

Por la técnica que estamos utilizando:

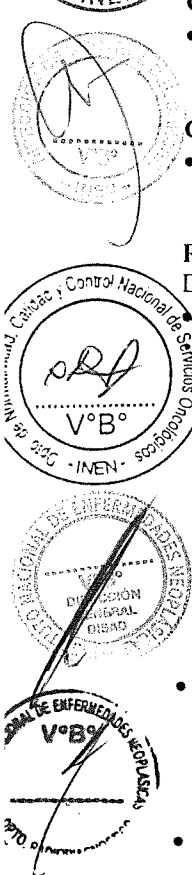
- Hemorragia en los conductos biliares (hemobilia). Normalmente cede sola en las primeras 24 horas, pero en casos excepcionales puede requerir una intervención urgente.
- Infección de los conductos (colangitis) o generalizada (sepsis). Para evitar esta complicación se le administrarán los antibióticos necesarios.
- Salida de la bilis a la cavidad abdominal, produciéndole dolor. Normalmente es transitoria, aunque excepcionalmente puede ser necesario intervenirle quirúrgicamente.
- Inflamación del páncreas (pancreatitis) consecuencia de la manipulación de las vías biliares Punción accidental de órganos vecinos, que raramente requerirá tratamiento.
- Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo.
- Salida accidental del catéter, que obligaría a reintervenirle.
- Imposibilidad de canalizar la vía biliar y por tanto persistencia de su problema.

Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento

- Un ligero incremento del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.
- Riesgos específicos relacionados con sus circunstancias personales:

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

- Anestésico local: reacciones alérgicas incluyendo comezón o ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de la garganta y de otras partes del cuerpo.
o Medio de contraste yodado: Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves (3%) como náuseas, picores o lesiones en la piel. Normalmente no requieren tratamiento o se corrigen fácilmente con la medicación adecuada. Moderadas (0,04%) Incluyen reacciones vasovagales, broncoespasmo, disnea, alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial. Generalmente se corrigen con el tratamiento adecuado. Raramente graves (0,004%). Incluyen edema de laringe, convulsiones, hipotensión profunda, arritmias cardíacas, pérdida de conocimiento y edema de pulmón.





Además, el contraste yodado puede ocasionar un deterioro de la función renal, aunque la mayoría de estos episodios son leves y transitorios, y suelen estar ligados a alguna patología renal subyacente o al uso de algunos medicamentos (antibióticos nefrotóxicos, algunos antiinflamatorios).

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor, hemorragia y signos de infección a nivel de la zona de inserción de catéter, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

DRENAJE Y ENDOPRÓTESIS BILIAR

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.
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 padezco.
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°:



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 propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

DRENAJE Y ENDOPRÓTESIS BILIAR

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

FECHA: ... HORA: ...

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



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

(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 Nefrostomía percutánea es una intervención que permite que la orina pueda salir al exterior cuando la vía urinaria de uno o de los dos riñones esta obstruida en algún punto de su trayecto o para el manejo de la fístula urinaria o para realizar procedimientos terapéuticos sobre el uréter. El procedimiento se realiza con anestesia local, con xilocaína al 2% sin epinefrina, se coloca con inyección percutánea en la zona a biopsiar, en ocasiones se realiza un pequeño corte en la piel para facilitar la entrada de la aguja. La aguja chiva se le introducirá a través de la espalda es una aguja muy fina, por la que se inyecta medio de contraste, que permite ver la vía urinaria en las fluoroscopia. A continuación, se ingresa una guía fina, luego se coloca la cánula flexible, la guía teflonada y el catéter, por el que se drena la orina a una bolsa colectora. La intervención dura aproximadamente 40 minutos, y en ocasiones requiere sedación. Este procedimiento puede ser guiado por ecografía () o fluoroscopia ().

Objetivo:

Colocación de catéter de suficiente calibre que permite un adecuado drenaje del sistema colector y asimismo que permita un tracto de suficiente calibre como para realizar procedimientos intervencionistas.

Alternativas:

Drenaje mediante intervención quirúrgica o por vía endoscópica.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Drenaje de orina, cese de las molestias.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Cuando el riñón no puede evacuar la orina que produce, su función se deteriora progresivamente hasta, incluso, perderse por completo. Además, la orina estancada puede producir una infección general grave (sepsis).

Riesgos reales y potenciales:

De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

Por la técnica que estamos realizando:

- Los más frecuentes: Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo. Salida accidental del catéter, que obligaría a volver a colocárselo, Hemorragia en los conductos urinarios (hematuria). Normalmente cede sola en las primeras horas, pero en casos excepcionales puede requerir una operación urgente., Salida de orina alrededor del riñón, produciéndole dolor. Normalmente es pasajera, aunque excepcionalmente puede infectarse si el catéter se ha salido del riñón, siendo necesario operarlo. Los más graves: pinchar un órgano de la cavidad abdominal, que generalmente no requiere ningún tipo de tratamiento., hemorragia, Infección de la vía urinaria o generalizada (sepsis). Para evitar esta complicación se le administran los antibióticos necesarios., Punción accidental de la capa que rodea al pulmón (pleura). Esta complicación se denomina neumotórax y es muy rara

Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer. Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

Riesgos específicos relacionados con sus circunstancias personales:

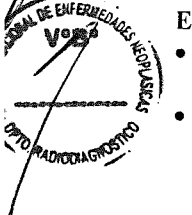
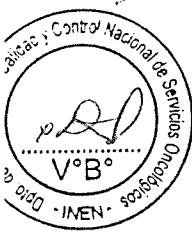
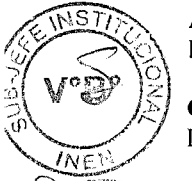
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Anestésico local: Reacciones alérgicas incluyendo comezón o ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de la garganta y de otras partes del cuerpo. Medio de contraste (contraste yodado): Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor, hemorragia y signos de infección a nivel de la zona de inserción de catéter, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

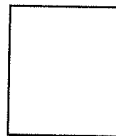
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
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 padezco.
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:

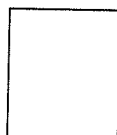
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre(), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha.....**
De forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la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

NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

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 QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

(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 quimioembolización es un tratamiento eficaz para algunas lesiones tumorales del hígado. Mediante un catéter depositamos selectivamente una sustancia anticancerosa en la lesión al mismo tiempo que ocluimos (embolizamos) las arterias que nutren el tumor, tratando así de destruirlo. El agente anticanceroso (quimioterápico) va mezclado con Lipiodol que es un medio de contraste oleoso que tiene la característica de acumularse en las células malignas del hígado. El Lipiodol actúa como vehículo de la quimioterápico aumentando enormemente su concentración dentro del tumor y además tiene un efecto embolizante intrínseco. En otros casos la quimioterapia ira dentro de unas microesferas sintéticas que depositaremos dentro del tumor y que irán liberando el fármaco directamente a las células tumorales de forma paulatina durante los días siguientes.

La técnica radiológica utilizada es la Fluoroscopia y se le pinchará la arteria femoral en la ingle utilizando anestesia. A continuación, se le introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los vasos sanguíneos del hígado y obtener imágenes. Una vez localizado el sitio exacto se procede a la Quimioembolización. La duración aproximada de esta intervención es aproximadamente de 1 a 3 horas. En ocasiones son necesarias entre varias sesiones cada una de ellas distanciadas por un mínimo de 6 semanas.

Objetivo:

Embolización (oclusión) de las arterias nutricias de la tumoración hepática con agentes quimioterápicos.

Alternativas:

Técnicas de ablación percutánea, dependiendo del estado del paciente, trasplante de hígado.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Control de su enfermedad y aumento de la supervivencia.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Disminución del tiempo de vida del paciente.

Riesgos reales y potenciales:

De todas maneras, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se emplearán todos los medios para solucionarlo.

- **Riesgos frecuentes:** Síndrome postembolización: No es una complicación sino una consecuencia del tratamiento. Consiste en fiebre >38,5°C y/o leucocitosis y/o dolor y/o náuseas. Puede en ocasiones acompañarse de dolorimiento en el flanco y/o hombro derecho.
- **Riesgos poco frecuentes:** Insuficiencia hepática, absceso hepático, colecistitis, embolización no deseada de áreas de mucosa del tubo digestivo.
- Riesgos específicos relacionados con sus circunstancias personales:

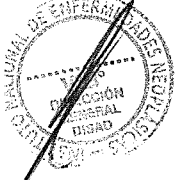
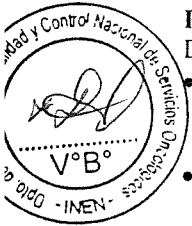
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Anestésico local, quimioterápico o agente embolizante: Reacciones alérgicas incluyendo comezón o ronchas, dificultad para respirar, hinchazón de la garganta y de otras partes del cuerpo.
- Medio de contraste yodado: Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel; Moderadas como reacciones vasovagales, broncoespasmo, disnea, alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial; o Raramente graves como convulsiones, hipotensión profunda, arritmias cardíacas, pérdida de conocimiento y edema de pulmón.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor, hemorragia y signos de infección a nivel de la zona de inserción de catéter, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

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

QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

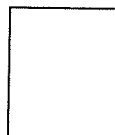
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
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 padezco.
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:

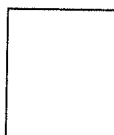
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre(), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha..... De forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad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

QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

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 REVISIÓN Y RECAMBIO DE CATÉTERES

(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:

Los catéteres y drenajes deben ser revisados periódicamente para asegurar su buen funcionamiento. La revisión consiste en inyectar a través de ellos un líquido que permite ver su localización y/o funcionamiento. Si se observa alguna anomalía se recambiará el catéter por uno nuevo.

Este procedimiento puede ser guiado por ecografía () o fluroscopía ()

Objetivo:

Revisar y asegurar su buen funcionamiento del catéter.

Alternativas:

Intervención quirúrgica.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Adecuado funcionamiento (permeabilidad) de catéter.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Obstrucción de catéter.

Riesgos reales y potenciales:

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este centro están dispuestos para intentar solucionarlas.

Por la técnica que estamos realizando:

- o Salida del tubo de drenaje que obligaría colocarlo de nuevo.
- o Infección local o generalizada.

Por la exposición a los rayos X:

- o Los riesgos asociados por radiación ionizantes son mínimas.

Riesgos específicos relacionados con sus circunstancias personales:

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

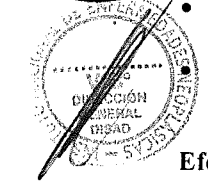
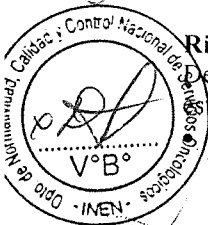
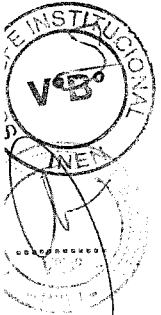
Medio de contraste (contraste yodado): Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: dolor, hemorragia signos de infección en la zona de introducción del catete, alza térmica, pérdida de conciencia, debe acudir a su médico inmediatamente.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

Declaro:

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

REVISIÓN Y RECAMBIO DE CATÉTERES.....

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.
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 padezco.
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 propuesta, decido **NO AUTORIZAR** la realización de:

REVISIÓN Y RECAMBIO DE CATÉTERES.....

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

Instituto Nacional de



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO BARITADO DEL ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO A DOBLE 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:

Es un examen que se utiliza para evaluar el esófago, estómago y duodeno, con la finalidad de obtener imágenes radiológicas de la mucosa y los pliegues, de esta forma estudiar la motilidad, la morfología y la mucosa del tracto digestivo.

Este estudio es indicado en la planificación quirúrgica y en los controles posquirúrgicos, para valorar la anastomosis, la reconstrucción del tránsito y detectan posibles complicaciones como estenosis, fugas, dilataciones o hernias, asimismo la colocación de tubos de alimentación percutánea o de ileostomías mediante control fluoroscópico, administrando bario o contraste hidrosoluble en caso de sospecha de posible extravasación. La primera parte del estudio se centra en el esófago, posteriormente, se procede al estudio de la cámara gástrica, colocando al paciente en decúbito prono y supino para observar sus pliegues y curvaturas.

Se administra el medio de contraste radiopaco y aire (o CO₂) por vía oral: primero, un volumen de 300 a 600 ml de bario de densidad media (40-80% masa/volumen) y posteriormente el gas hasta que la columna de bario alcance la válvula ileocecal. Requiere un ayuno mínimo de 6 a 8 horas, para evitar que haya restos de alimentos líquidos o sólidos.

Objetivo:

Detectar las anomalías estructurales (lesiones submucosas, compresiones extrínsecas, existencia de divertículos y fístula) y funcionales (motilidad) de los órganos estudiados.

Alternativas:

- Si no se puede utilizar bario, se emplean los contrastes yodados (hidrosolubles), indicados en las sospechas de perforación o fuga, fístulas y abscesos.
- En la cirugía reciente, se debe utilizar contraste hidrosoluble

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Permite valorar con precisión el patrón mucoso y los pliegues, del esófago, estómago y duodeno, asimismo la posición y morfología del órgano hueco, compresiones extrínsecas, existencia de divertículos y fístulas y sus características, asimismo valorar el comportamiento dinámico del medio de contraste tras su administración.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

No se podría valorar con precisión el patrón mucoso y los pliegues, del esófago, estómago y duodeno.

Riesgos reales y potenciales:

Aspiración, dolor y náuseas.

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

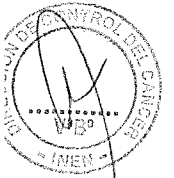
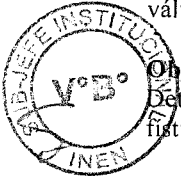
Las reacciones adversas al bario oral son leves: náuseas, vómitos, dolor abdominal o malestar general durante la exploración debido a la distensión visceral, y la complicación más grave, es el paso a mediastino o peritoneo por su efecto irritativo, que puede producir mediastinitis o peritonitis.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

- Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como urticaria, picazón, piel enrojecida, hinchazón de la garganta, dificultad para respirar o tragar, ronquera, agitación, confusión, ritmo cardíaco más rápido de lo normal debe llamar de inmediato a su médico.





PERÚ

Sector

Instituto Nacional de



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:

ESTUDIO BARITADO DEL ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO A DOBLE CONTRASTE

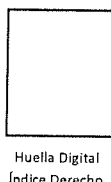
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes 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 padezco.
 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.
- 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:

ESTUDIO BARITADO DEL ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO A DOBLE 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°:



PERÚ

Sector

Instituto Nacional de



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO BARITADO DEL COLON A DOBLE 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:

Es una técnica diagnóstica que permite visualizar el colon mediante la introducción de un medio de contraste vía rectal, empleando generalmente sulfato de bario e insuflando posteriormente aire.

Requiere una dieta adecuada previa y preparación con catárticos vía oral con el objetivo de que el colon se encuentre completamente limpio de heces.

El estudio se inicia con una radiografía de abdomen simple en decúbito supino, luego el paciente se coloca en decúbito prono, para administrar el contraste, por vía rectal mediante una sonda, se realiza el relleno intestinal hasta que el contraste llegue a ciego para cerrar el paso del mismo, se realizan secuencias radiográficas en decúbito supino, oblicuaderecha, oblicua izquierda, estudiando el recto, colon sigmoides, colon descendente, flexura esplénica, colon transversal, flexura hepática, colon ascendente y ciego.

La técnica de doble contraste consiste en rellenar el colon mediante la administración de bario, y tras ser expulsado este, administrar aire, con el fin de detectar pequeños defectos de la mucosa. Se emplea en casos de lesión neoplásica de colon, y ante sospecha de proceso inflamatorio del colon con la finalidad de determinar su extensión.

Objetivo:

Detectar cáncer, pólipos, oclusión aguda del intestino grueso, valorar colitis ulcerosa, intervención quirúrgica previa, invaginación intestinal.

Alternativas:

Si no se puede utilizar bario, se emplean los contrastes yodados (hidrosolubles), indicados en las sospechas de perforación fuga, fistulas y abscesos, ya que no irritan el peritoneo en casos de extravasación.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Permite valorar con precisión el patrón mucoso y los pliegues, del colon, la posición y morfología del órgano hueco, existencia de pólipos, cáncer, divertículos y fistulas y sus características.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

No se podría valorar con precisión el patrón mucoso y los pliegues, ni la morfología del colon.

Riesgos reales y potenciales:

Náuseas, vómitos, dolor abdominal o malestar general durante la exploración debido a la distensión visceral. La complicación más grave, es el paso a peritoneo por su efecto irritativo, que puede producir peritonitis.

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

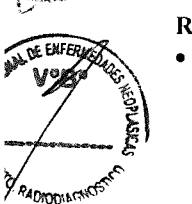
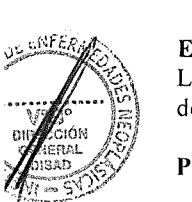
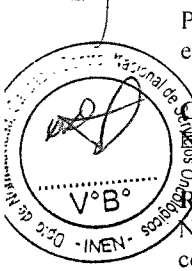
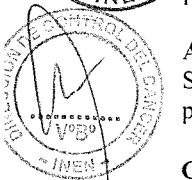
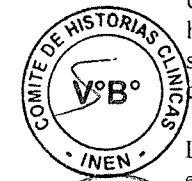
Las reacciones adversas al bario rectal suelen ser leves: retortijones, diarrea, náuseas, vómitos, estreñimiento, debilidades, palidez, transpiración.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

- Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como urticaria, picazón, piel enrojecida, hinchazón de la garganta, dificultad para respirar o tragar, ronquera, agitación, confusión, ritmo cardíaco más rápido de lo normal debe llamar de inmediato a su médico.





PERÚ

Sector

Instituto Nacional de



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:

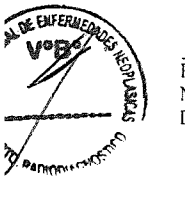
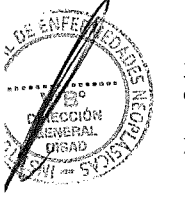
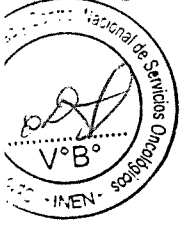
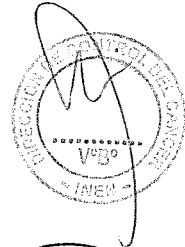
ESTUDIO BARITADO DEL COLON A DOBLE CONTRASTE

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 tratantes 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 padezco.
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:



Huella Digital Índice Derecho

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

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

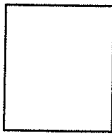
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

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

ESTUDIO BARITADO DEL COLON A DOBLE 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:



Huella Digital Índice Derecho

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

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFÍA CON ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIA 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:

La tomografía es una técnica no invasiva que permite detectar y caracterizar patologías en el cuerpo humano, en algunas situaciones amerita la administración de la sustancia de contraste yodada por vía endovenosa para la tomografía. Los medios de contraste, en general, son sustancias químicas que poseen la capacidad de permitir realzar estructuras que a simple vista radiológica no son posibles de ver. Para realizar el examen solicitado, una enfermera le instalará una vía venosa (aguja) en uno de sus brazos, con el objetivo de poder administrar el medio de contraste yodado.



Objetivo:

Mejorar la calidad de las imágenes para mayor precisión en el diagnóstico de la patología oncológica.



Alternativas:

Tomografía sin aplicación de sustancia de contraste iodada por vía endovenosa.

Consecuencias de realizar el procedimiento:

Mayor calidad de las imágenes del examen de tomografía en los diferentes segmentos del cuerpo. Mayor precisión en el diagnóstico de la patología evaluada con el examen de tomografía.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Perdida de la calidad de las imágenes obtenidas en el examen de tomografía.
Menor precisión en el diagnóstico de la patología evaluada con el examen de tomografía.

Riesgos reales y potenciales:

Extravasación de la sustancia de contraste en la zona de la vía endovenosa. Dolor en la zona de punción.

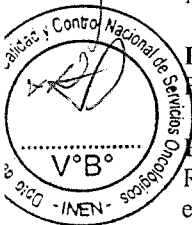
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Reacciones adversas con la aplicación de sustancia de contraste yodada por vía endovenosa, lo que puede ocurrir entre el (0,2-2%), tales como: sensación de calor, ronchas, congestión nasal, náuseas, vómitos, hipertensión arterial, broncoespasmos, insuficiencia renal, convulsiones, edema laríngeo, shock, insuficiencia respiratoria severa y muerte.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

- Después de la realización del examen de tomografía se debe ingerir de 1 a 2 litros de agua por vía oral, para ayudar en la excreción fisiológica de la sustancia de contraste.
- Ante la presencia de alguna sintomatología luego de la administración de sustancia de contraste endovenoso avisar inmediatamente al personal médico y si ocurre en la casa acudir a la institución o centro de emergencia más cercano.





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

TOMOGRAFÍA CON ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIA DE CONTRASTE

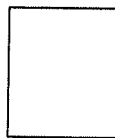
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes 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 padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, 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:

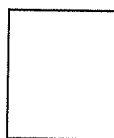
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha.....** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la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

TOMOGRAFÍA CON ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIA 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°: