

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 23 de JUNIO del 2023

VISTOS:

El Memorando N° 000114-2023-DICIR/INEN, de la Dirección de Cirugía, Informe N° 000349-2023-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Memorando N° 000002-2023-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 000697-2023-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

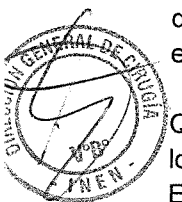
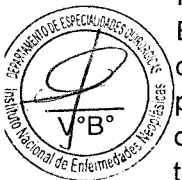
CONSIDERANDO:


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, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;


Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con Memorando N° 000114-2023-DICIR/INEN, la Dirección de Cirugía, remite, la versión final de los Formatos de: i) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Amputación de Extremidad, ii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Ósea Amplia más Artroplastia Convencional, iii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Tumoral Amplia Ósea más Artroplastia de Resección, iv) Consentimiento Informado para el Procedimiento Biopsia Ósea y/o Partes Blandas de Tumor Musculoesquelético, v) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Tumoral más Osteosíntesis Cementada y/o Injerto Óseo, vi) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Tumoral de Miembro, vii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Liposucción en Cirugía

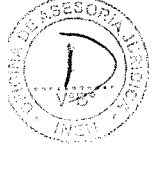




Reconstructiva, viii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Liposucción y Transferencia de Tejido Graso Autólogo, ix) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Reconstrucción Mamaria Inmediata con Tejido Autólogo, x) Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento Reconstrucción Mamaria Inmediata con Prótesis, xi) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Reconstrucción Mamaria Diferida con Tejido Autólogo, xii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Reconstrucción de Lengua y xiii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Reconstrucción de Región Facial, con el propósito continúen con los trámites de aprobación correspondiente, para su revisión, el cual de acuerdo al Informe N° 000349-2023-DNCC-DICON/INEN, emitido por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, considera que lo encuentra adecuado para su aprobación;





Que, con el Memorando N° 000002-2023-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en sesión ordinaria, de fecha 10 de mayo del año en curso, acordó, aprobar los 13 formatos de consentimiento informado antes mencionados;




Que, de la revisión efectuada a los formatos de Consentimiento Informado, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Que, con los documentos de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;



Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Cirugía; Dirección de Control del Cáncer; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Departamento de Especialidades Quirúrgicas, Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA; y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

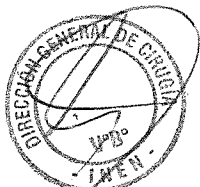


ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar los siguientes formatos: i) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Amputación de Extremidad, ii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Ósea Amplia más Artroplastia Convencional, iii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Tumoral Amplia Ósea más Artroplastia de Resección, iv) Consentimiento Informado para el Procedimiento Biopsia Ósea y/o Partes Blandas de Tumor Musculoesquelético, v) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Tumoral más Osteosíntesis Cementada y/o Injerto Óseo, vi) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Resección Tumoral de Miembro, vii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Liposucción en Cirugía Reconstructiva, viii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Liposucción y Transferencia de Tejido Graso Autólogo, ix) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Reconstrucción Mamaria Inmediata con Tejido Autólogo, x) Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento Reconstrucción Mamaria Inmediata con Prótesis, xi) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Reconstrucción Mamaria Diferida con Tejido Autólogo, xii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Reconstrucción de Lengua y xiii) Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Reconstrucción de Región Facial, del Departamento de Especialidades Quirúrgicas, de la Dirección de Cirugía, los mismos que en anexo forman parte integrante de la presente Resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA

Jefe Institucional

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPUTACION DE EXTREMIDAD

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Amputación de extremidad a nivel:
..... el cual consiste en la amputación de dicho miembro afectado por neoplasia, con un nivel que garantice márgenes óseos y de partes blandas libres macroscópicamente de tumor.

Objetivo:

Resección radical tumoral.

Alternativas:

No realizar la amputación de la extremidad afectada por alto riesgo de complicaciones.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Existe la posibilidad de ampliar el nivel de amputación, debido a no cumplir con márgenes macroscópicamente libres, hallazgos que se pueden identificar durante el procedimiento quirúrgico. Sangrado, infección de herida operatoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento.

Además de recurrencia o persistencia de enfermedad a pesar de tener bordes quirúrgicos libres de enfermedad.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Xilocaína: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor.
- B. Sangrado.
- C. Sensación de Alza Térmica.
- D. Malestar general.

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

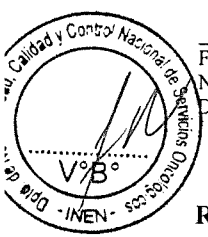
Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: con número de Historia Clínica N°, con el Diagnóstico:
 Declaro:
 Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización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

AMPUTACION DE EXTREMIDAD

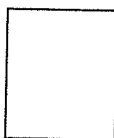
- En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:
- Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
 - Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
 - Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
 - Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
 - Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy 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°:

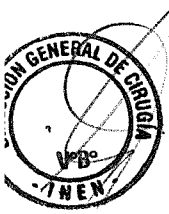
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido **NO AUTORIZAR** la realización de:

AMPUTACION DE EXTREMIDAD

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e 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 QUIRÚRGICO RESECCION ÓSEA AMPLIA MÁS ARTROPLASTIA CONVENCIONAL

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La Resección Amplia Ósea más Artroplastia Convencional: Consiste en la resección de un segmento óseo, en su caso más colocación de prótesis convencional de:

Objetivo:

Resección tumoral más colocación de prótesis convencional para recuperar función.

Alternativas:

Debido a las características de la lesión, existe la posibilidad de no poder realizar la cirugía de preservación de miembro que conllevará a realizar la resección ósea sin colocar la prótesis o solo toma de biopsia.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad y persistencia del dolor y limitación funcional.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), falla hemodinámica que podría llegar a fallecimiento.

En el postoperatorio tiene riesgo de luxación de prótesis, además existe posibilidad de infección con riesgo de pérdida de prótesis y amputación del miembro.

Además de recurrencia o persistencia de enfermedad a pesar de tener bordes quirúrgicos libres de enfermedad.

La prótesis a colocar puede requerir cemento óseo, el cual puede producir efectos adversos de falla hemodinámica irreversible que pueden llegar hasta fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Xilocaína: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones.

Pronóstico: Bueno ()

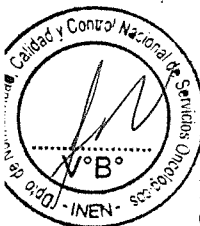
Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Sensación de Alza Térmica
- D. Malestar general

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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:

RESECCION ÓSEA AMPLIA MÁS ARTROPLASTIA CONVENCIONAL

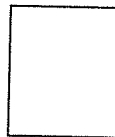
- En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy 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:

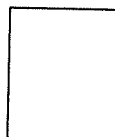
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información sobre la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

RESECCION ÓSEA AMPLIA MÁS ARTROPLASTIA CONVENCIONAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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

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



Huella Digital Índice Derecho

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





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RESECCION TUMORAL AMPLIA ÓSEA MÁS ARTROPLASTIA DE RESECCIÓN

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La resección tumoral amplia ósea más artroplastia de resección: consiste en el retiro de un segmento óseo comprometido con tumor, en su caso: con márgenes óseos y de partes blandas libres de tumor, y la posterior colocación de una prótesis modular de con articulación de

Objetivo:

Resección tumoral más colocación de prótesis modular articulada

Alternativas:

Debido a las características del tumor existe la posibilidad de no poder realizar la cirugía de preservación de miembro que conllevará a solo la resección tumoral o toma de biopsia.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardiaco e incluso fallecimiento.

En el postoperatorio tiene riesgo de luxación de prótesis, además existe posibilidad de infección con riesgo de pérdida de prótesis y amputación del miembro.

Además de recurrencia o persistencia de enfermedad a pesar de tener bordes quirúrgicos libres de enfermedad.

La prótesis a colocar puede requerir cemento óseo, el cual puede producir falla hemodinámica irreversible que pueden llegar hasta fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Xilocaína: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones.

Pronóstico: Bueno ()

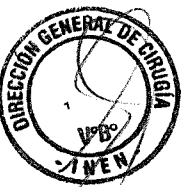
Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Sensación de Alza Térmica
- D. Malestar general

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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:

RESECCION TUMORAL AMPLIA ÓSEA MÁS ARTROPLASTIA DE RESECCIÓN

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

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy 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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

RESECCION TUMORAL AMPLIA ÓSEA MÁS ARTROPLASTIA DE RESECCIÓN

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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

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



Huella Digital
Índice Derecho

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





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO BIOPSIA OSEA Y/O PARTES BLANDAS DE TUMOR MUSCULOESQUELÉTICO.

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La Biopsia ósea y/o de partes blandas consiste en la toma de muestra de tumor músculoesquelético para posterior estudio anatomopatológico. Se realiza en sala de operaciones, de manera ambulatoria o en hospitalización.

En su caso se realizará en

Objetivo:

Obtención de muestra de tejido de tumor músculoesquelético.

Alternativas:

Algunos tumores de aspecto benigno podrían resecarse con márgenes macroscópicamente libres para evitar contaminación tumoral o nueva cirugía.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardiaco e incluso fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Xilocaína: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones.

Pronóstico: Bueno ()

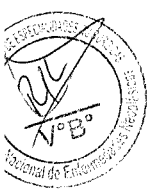
Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Sensación de Alza Térmica
- D. Malestar general

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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 OSEA Y/O PARTES BLANDAS DE TUMOR MUSCULOESQUELÉTICO.

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

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

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

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

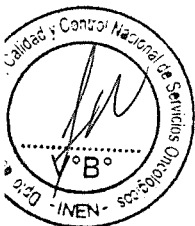


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

BIOPSIA OSEA Y/O PARTES BLANDAS DE TUMOR MUSCULOESQUELÉTICO.

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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

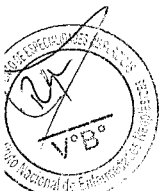


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

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





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RESECCION TUMORAL MÁS OSTEOSÍNTESIS CEMENTADA Y/O INJERTO ÓSEO

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La resección tumoral más osteosíntesis cementada y/o injerto óseo, consiste en el retiro o extirpación de un tumor de hueso o de partes blandas, más estabilización con material de osteosíntesis más cemento quirúrgico y/o injerto óseo.

En su caso se realizará en:

Objetivo:

Resección tumoral más estabilización ósea.

Alternativas:

Dependiendo el tamaño y características del tumor, es posible solo la toma de biopsia para reevaluación de patología.

Los materiales de osteosíntesis programados para la cirugía podrían variar a otra alternativa de osteosíntesis (clavo intermedular o placa de osteosíntesis) debido a las características del tumor, sangrado tumoral, calidad ósea y estado general de paciente.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento.

Además de recurrencia o persistencia de enfermedad debido a las características tumorales.

Algunos tumores requieren adyuvancia con nitrógeno líquido que podría causar fractura patológica de hueso afectado, daño neurológico o vascular así como: quemaduras en piel por contacto.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Xilocaína: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones.

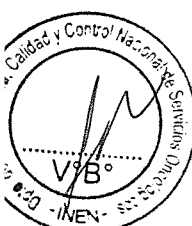
Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Sensación de Alza Térmica
- D. Malestar general

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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:

RESECCION TUMORAL MÁS OSTEOSINTESIS CEMENTADA Y/O INJERTO ÓSEO

- En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

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

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

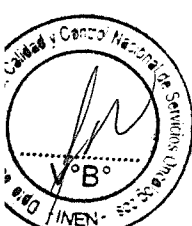


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

RESECCION TUMORAL MÁS OSTEOSINTESIS CEMENTADA Y/O INJERTO ÓSEO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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



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



Huella Digital
Índice Derecho

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





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RESECCION TUMORAL DE MIEMBRO

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La Resección Tumoral de miembro, consiste en la resección (extirpación) de tumor musculoesquelético de miembro con márgenes óseos y de partes blandas macroscópicamente libres de tumor.

En su caso se realizará en:

Objetivo:

Resección tumoral de miembro.

Alternativas:

Debido a las características del tumor es posible solo la toma de biopsia para reevaluación de patología.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Se incrementa la posibilidad de curación de enfermedad.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Aumenta el riesgo de extensión de la enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento.

Además de recurrencia o persistencia de enfermedad debido a las características tumorales.

Defectos cavitarios posteriores a resección podrían ser reparados con cemento quirúrgico y/o injerto óseo.

Es posible la fractura patológica de segmento óseo durante la resección, la cual podría ser estabilizada con material de osteosíntesis.

El uso de cemento quirúrgico podría desencadenar hipotensión hasta un shock anafiláctico.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Xilocaína: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones.

Pronóstico: Bueno ()

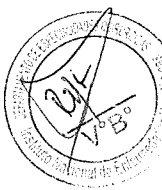
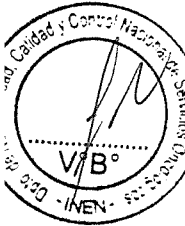
Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor
- B. Sangrado
- C. Sensación de Alza Térmica
- D. Malestar general

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

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

RESECCION TUMORAL DE MIEMBRO

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

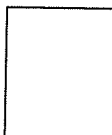
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

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

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

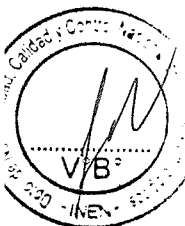


 Firma del Paciente o representante legal
 Nombre y Apellidos:
 DNI N°:



Huella Digital
 Índice Derecho

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



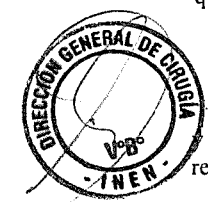
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido **NO AUTORIZAR** la realización de:

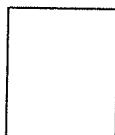
RESECCION TUMORAL DE MIEMBRO

asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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

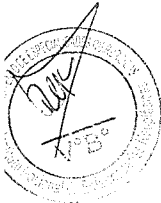


 Firma del Paciente o representante legal
 Nombre y Apellidos:
 DNI N°:



Huella Digital
 Índice Derecho

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





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE LIPOSUCCIÓN EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Liposucción: Consiste en el procedimiento quirúrgico que mediante el uso de cánulas se procede al retiro de tejido graso subcutáneo posterior a un procedimiento quirúrgico reconstructivo.

Objetivo:

Retirar la grasa del tejido celular subcutáneo mediante técnicas de liposucción para recuperar o mejorar la forma o contorno de un área corporal afectada por el cáncer.

Alternativas:

No existen otros procedimientos.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Mejorar y recuperar la forma y contorno de un área anatómica afectada por el cáncer y disminuir el efecto psicológico de una secuela quirúrgica deformante.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Persistencia de secuela quirúrgica y probable alteración emocional del paciente.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, sepsis, infecciones adquiridas intrahospitalarias, necrosis de tejidos, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

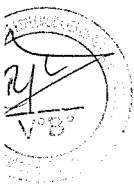
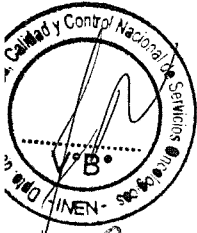
Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor persistente
- B. Aumento de volumen mayor de lo esperado
- C. Fiebre persistente
- D. Cambio de color de la piel
- E. Dificultad respiratoria

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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

LIPOSUCCIÓN EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

- En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy 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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

LIPOSUCCIÓN EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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



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



Huella Digital Índice Derecho

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



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO LIPOSUCCIÓN Y TRANSFERENCIA DE TEJIDO GRASO AUTÓLOGO

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Transferencia De Tejido Graso Autólogo: Consiste en el procedimiento quirúrgico donde el tejido graso es injertado en una zona receptora que requiere recuperación de volumen para mejorar la forma o contorno de un area anatómica o, para aprovechar sus capacidades regeneradoras.

Objetivo:

Recuperar la forma o contorno aumentando el volumen mediante el injerto de tejido graso o mejorar los tejidos afectados por el efecto regenerador del mismo.

Alternativas:

Reconstrucción con prótesis, colgajos o procedimientos combinados.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Mejorar y recuperar la forma y contorno de un area anatómica y disminuir el efecto psicológico de una secuela quirúrgica deformante.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Persistencia de secuela quirúrgica y probable alteración emocional del paciente.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, sepsis, infecciones adquiridas intrahospitalarias, necrosis de tejidos, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento.

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

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor persistente
- B. Aumento de volumen mayor de lo esperado
- C. Fiebre persistente
- D. Cambio de color de la piel
- E. Dificultad respiratoria

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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:

LIPOSUCCIÓN Y TRANSFERENCIA DE TEJIDO GRASO AUTÓLOGO

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

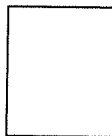
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy 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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

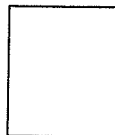
LIPOSUCCIÓN Y TRANSFERENCIA DE TEJIDO GRASO AUTÓLOGO

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e 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 Público

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON TEJIDO AUTÓLOGO

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Reconstrucción mamaria inmediata con tejido autólogo: consiste en el procedimiento quirúrgico que permite recuperar la forma de la mama, luego de un tratamiento quirúrgico de mastectomía, empleando tejidos propios de la paciente mediante el uso de colgajos, realizándose en el mismo acto operatorio.

Objetivo:

Restaurar la forma de la mama alterada como consecuencia de la amputación del órgano por un tratamiento oncológico.

Alternativas:

La Reconstrucción Mamaria Inmediata con prótesis es la alternativa y puede ser:

Con prótesis definitiva anatómica o redonda de gel de silicon.

Con prótesis definitiva anatómica o redonda de gel de silicon y malla de dermis acelular.

Con expansor prótesis de relleno salino como primer tiempo quirúrgico.

Ventajas y/o Consecuencias de realizar el procedimiento:

Mejorar y recuperar el contorno corporal a consecuencia de una mastectomía como parte del tratamiento oncológico y disminuir el efecto psicológico de la mastectomía como cirugía mutilante.

Una de las consecuencias es cicatriz en área dadora que puede ser en la región abdominal, en región dorsal u otras áreas donde se tomen el tejido autólogo y cuya evolución de la misma es inherente a cada paciente.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

La no realización de una reconstrucción mamaria lleva a una secuela quirúrgica con ausencia del órgano y probable alteración emocional en la paciente con cáncer de mama.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, sepsis, infecciones adquiridas intra hospitalaria, necrosis de tejidos, acúmulo de líquido en el lugar de la intervención quirúrgica (seroma), necrosis de tejido, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, alteración anatómica de la zona dadora, eventración, asimetría mamaria, paro cardíaco e incluso fallecimiento.

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

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor persistente
- B. Sangrado o aumento del volumen de drenaje mayor de lo esperado
- C. Fiebre post operatoria persistente
- D. Aumento de volumen del área operatoria
- E. Cambio de coloración de la piel (de la región mamaria o abdominal o dorsal)
- F. Dificultad respiratoria

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





PERÚ

Sector Público

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

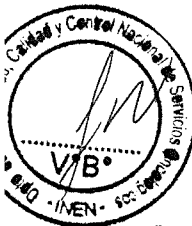
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON TEJIDO AUTÓLOGO

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

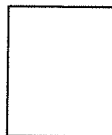
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy 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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON TEJIDO AUTOLOGO

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

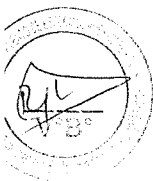
FECHA:/...../..... HORA:

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



Huella Digital
Índice Derecho

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





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON PRÓTESIS

(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:

Reconstrucción mamaria inmediata con prótesis (expansor, prótesis y/o expansor-prótesis): consiste es el procedimiento quirúrgico que permite recuperar la forma de la mama, luego de un tratamiento quirúrgico de mastectomía en el mismo acto operatorio.

Objetivo:

Restaurar la forma de la mama alterada como consecuencia de la amputación del órgano por un tratamiento oncológico, ya sea en forma inmediata o diferida es el mismo fin.

Alternativas:

La Reconstrucción Mamaria Inmediata con Tejido Autólogo, es la alternativa y puede ser:

- Con el uso de colgajo pediculados (tejidos trasladados con su propio pedículo vascular). Pudiendo ser Colgajo Abdominal de músculo Recto Anterior, Colgajo de músculo Dorsal Ancho y otros.
- Con el uso de Colgajos Libres (tejidos trasladados con anastomosis microquirúrgica vascular). Pudiendo ser de Región Abdominal Dorsal Glútea o Muslos.
- Con colgajos de los descritos + prótesis mamaria complementaria

Consecuencias de realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

Mejorar y recuperar el contorno corporal a consecuencia de una mastectomía como parte del tratamiento oncológico y disminuir el efecto psicológico de la mastectomía como cirugía mutilante.

Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

La no realización de una reconstrucción mamaria lleva a una secua quirúrgica con ausencia del órgano y probable alteración emocional en la paciente con cáncer de mama.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, sepsis, infecciones adquiridas intra hospitalaria, infección por COVID 19, necrosis de tejidos, reacción inflamatoria a cuerpo extraño leve o severa, acúmulo de líquido en el lugar de la implantación de la prótesis (seroma), necrosis de tejido, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, asimetría mamaria la cual es frecuente no se llega a la simetría completa, paro cardiaco e incluso fallecimiento.

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

La prótesis mamaria es un dispositivo aloplástico que puede producir reacción inflamatoria a cuerpo extraño y condicionar un rechazo a la misma, esto puede llevar a la necesidad del retiro del implante.

En relación a los fármacos las reacciones adversas correspondientes a cada uno de ellos descritos en la literatura.

Los fármacos más frecuentes utilizados son: Paracetamol, Ketoprofeno y antibióticos (Cefalosporina de primera generación.

Paracetamol: Los efectos adversos son raros, pueden producir malestar, nivel aumentado de transaminasas, hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea, alteraciones hematológicas, hipoglucemia, piuria estéril.

Ketoprofeno: Puede producir efectos secundarios: estreñimiento, diarrea, llagas en la boca, mareos, nerviosismos, somnolencia, dificultad para quedarse o permanecer dormido, dispepsia, náusea, dolor abdominal, vómitos. Las reacciones adversas más comunes son: alteraciones digestivas.

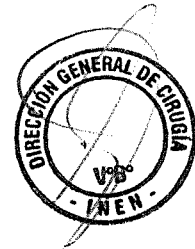
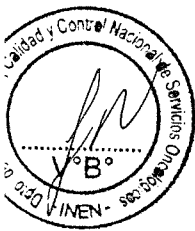
Cefalosporina: Los efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis, prurito y anorexia, la anafilaxia es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor persistente
- B. Sangrado o aumento del volumen de drenaje mayor de lo esperado
- C. Fiebre post operatoria persistente
- D. Aumento de volumen del área operatoria
- E. Cambio de coloración de la piel
- F. Dificultad respiratoria

Comunicarse con su médico a la brevedad.





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

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

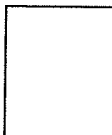
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

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

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

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



Huella Digital
Índice Derecha

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

(Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar)

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 Derecha

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





PERÚ

Sector Público
PúblicoSalud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON TEJIDO AUTÓLOGO

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Reconstrucción mamaria diferida con tejido autólogo (pediculado, libre o colgajo más prótesis): consiste en el procedimiento quirúrgico que permite recuperar la forma de la mama, luego de un tratamiento quirúrgico de mastectomía, empleando tejidos propios de la paciente mediante el uso de colgajos.

Objetivo:

Restaurar la forma de la mama alterada como consecuencia de la amputación del órgano por un tratamiento oncológico.

Alternativas:

La Reconstrucción Mamaria Inmediata con prótesis es la alternativa y puede ser:

Con prótesis definitiva anatómica o redonda de gel de silicon.

Con prótesis definitiva anatómica o redonda de gel de silicon y malla de dermis acelular.

Con expansor prótesis de relleno salino como primer tiempo quirúrgico.

Ventajas y/o Consecuencias de realizar el procedimiento:

Mejorar y recuperar el contorno corporal a consecuencia de una mastectomía como parte del tratamiento oncológico y disminuir el efecto psicológico de la mastectomía como cirugía mutilante.

Una de las consecuencias es cicatriz en área dadora que puede ser en la región abdominal, en región dorsal u otras áreas donde se tomen el tejido autólogo y cuya evolución de la misma es inherente a cada paciente.

Consecuencias de NO realizar la intervención quirúrgica o procedimiento:

La no realización de una reconstrucción mamaria lleva a una secuela quirúrgica con ausencia del órgano y probable alteración emocional en la paciente con cáncer de mama.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, sepsis, infecciones adquiridas intra hospitalaria, infección por COVID 19, necrosis de tejidos, acúmulo de líquido en el lugar de la intervención quirúrgica (seroma), necrosis de tejido, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, alteración anatómica de la zona dadora, ventriculación, asimetría mamaria, paro cardíaco e incluso fallecimiento.

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

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Prognóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor persistente
- B. Sangrado o aumento del volumen de drenaje mayor de lo esperado
- C. Fiebre post operatoria persistente
- D. Aumento de volumen del área operatoria
- E. Cambio de coloración de la piel (región mamaria, abdominal y/o dorsal)
- F. Dificultad respiratoria

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.



PERÚ

Sector Público
PúblicoSalud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
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:

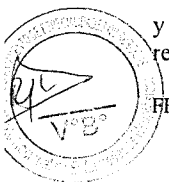
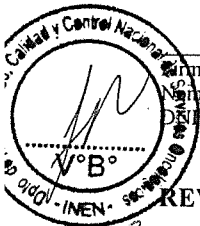
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON TEJIDO AUTÓLOGO

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

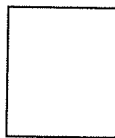
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy 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:

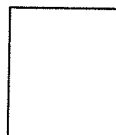
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N° en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información sobre la necesidad de que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

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON TEJIDO AUTÓLOGO

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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

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



Huella Digital
Índice Derecho

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



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚGICO DE RECONSTRUCCIÓN DE LENGUA

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Procedimiento quirúrgico que consiste en reconstruir la lengua en forma parcial o total, post resección oncológica, mediante el uso de tejidos que pueden ser locales, a distancia o libres (microquirúrgicos).

Objetivo:

Recuperar la lengua en forma parcial o total post cirugía oncológica.

Alternativas:

No existen otros procedimientos alternativos para la reconstrucción de lengua.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Mejorar y recuperar la lengua en forma parcial o total que permita una mejor calidad de vida con menores secuelas por el cáncer.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Alteración marcada de la forma de la lengua y de la función.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, sepsis, infecciones adquiridas intrahospitalarias, infección por Covid-19, necrosis de tejidos, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento.

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

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

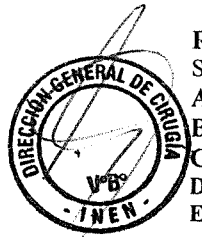
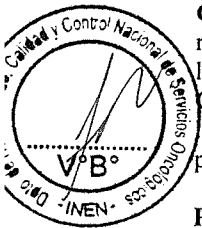
Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor persistente.
- B. Aumento de volumen mayor de lo esperado.
- C. Fiebre persistente.
- D. Cambio de color de la piel del colgajo.
- E. Dificultad respiratoria.

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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:

RECONSTRUCCIÓN DE LENGUA

- En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mental, declaro:
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy 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 sobre la necesidad de que se realice el procedimiento y/o intervención quirúrgica propuesta, decido NO AUTORIZAR la realización de:

RECONSTRUCCIÓN DE LENGUA

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e institución.

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



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



Huella Digital Índice Derecho

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



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECONSTRUCCIÓN DE REGIÓN FACIAL

(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")

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Procedimiento quirúrgico que consiste en reconstruir la región facial en forma parcial o total mediante el uso de tejidos que pueden ser locales, a distancia o libres (microquirúrgicos, en pacientes que debido a una resección (extracción) de alguna patología oncológica, presentan un defecto que ocasiona deformidad marcada morfológica de la cara u otras estructuras que conforman esta región anatómica.

Objetivo:

Recuperar la morfología en forma parcial o total post resección oncológica en la región facial.

Alternativas:

Prótesis somáticas, Lipotransferencia.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Mejorar y recuperar la región facial en forma parcial o total que permita una mejor calidad de vida con menores secuelas por el cáncer.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Alteración marcada de la morfología facial.

Riesgos reales y potenciales:

Sangrado, infección de herida operatoria, sepsis, infecciones adquiridas intrahospitalarias, infección por Covid-19, necrosis de tejidos, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, lesión de vasos sanguíneos, acúmulo de líquido en el lugar de la extirpación quirúrgica (seroma), paro cardíaco e incluso fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos a utilizar:

Los fármacos más frecuentes utilizados son: antibióticos (Cefalosporinas o clindamicina).

Cefalosporina: sus posibles efectos adversos más frecuentes en la Cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara pero debe tenerse en cuenta en pacientes con alergia.

Clindamicina: sus posibles efectos adversos más frecuentes son dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones de las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

Xilocaína: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como:

- A. Dolor persistente
- B. Aumento de volumen mayor de lo esperado
- C. Fiebre persistente
- D. Cambio de color de la piel del colgajo
- E. Dificultad respiratoria

Si presentara alguna complicación, acudir por emergencia hospitalaria del INEN u otro.





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:

RECONSTRUCCIÓN DE REGIÓN FACIAL

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

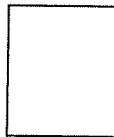
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por el médico tratante sobre mi estado de salud y/o del paciente.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre el procedimiento y/o intervención quirúrgica indicada.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento y/o intervención quirúrgica a realizar, así como las consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padece el paciente.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para la recuperación del paciente, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en beneficio del paciente.
5. Saber que en cualquier momento se puede revocar (rechazar) el consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy 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:

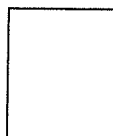
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información sobre la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

RECONSTRUCCIÓN DE REGIÓN FACIAL

y ASUMO las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico e 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°: ...

