



TAP. YNES CECILIA CASTILLO
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Resolución Directoral

18 JUL 2019

Lima, 17 de Julio de 2019

El presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en la carpeta de expediente N° 19-017737-001 que contiene el Memorando N° 147-2019-NEUMO-HNHU, en la cual la Jefa del Departamento de Neumología solicita la aprobación de Formatos de Consentimiento Informado de diversos procedimientos médicos del Departamento de Neumología del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece en sus artículos: I) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, II) La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en el primer párrafo del artículo 29° de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado;

Que, de conformidad con el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", estableciéndose en sus disposiciones generales la definición de Consentimiento Informado, que es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención;

Que, en el artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA de fecha 3 de febrero del 2012, determina las funciones generales asignadas al Hospital, siendo entre ellos: c) Asegurar la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo;

Que, en el artículo 50° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue señala que el Departamento de Neumología, es la unidad orgánica encargada de brindar atención médica especializada a los pacientes portadores de afecciones del tracto respiratorio; depende de la Dirección General y tiene asignado, entre otras, las siguientes funciones generales: a) Brindar atención médica especializada a pacientes con afecciones del tracto respiratorio, en especial casos de Tuberculosis Pulmonar y sistémica por medios clínicos, con la participación coordinada de servicios especializados y c) Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en la atención médica integral, según las normas y guías de práctica clínica vigentes;

Que, con Memorando N° 147-2019-NEUMO-HNHU, la Jefa del Departamento de Neumología solicita la aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado de Espirometría, de Pletismografía, Test de difusión de Monóxido de Carbono, de Biopsia Pulmonar con aguja percutánea, de Toracocentesis, de Biopsia Pleural y de Fibrobroncoscopía;

Que, mediante Memorando N° 086-2019-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad informa que de la revisión de los Formatos de Consentimiento Informado da su opinión favorable para incluirlo en la Historia Clínica;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 591-2019-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Neumología, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar los Formatos de Consentimiento Informado del Departamento de Neumología que forman parte de la presente Resolución y se detallan a continuación:

- Formato de Consentimiento Informado de Espirometría
- Formato de Consentimiento Informado de Pletismografía
- Formato de Consentimiento Informado de Test de Difusión de Monóxido de Carbono
- Formato de Consentimiento Informado de Biopsia Pulmonar con aguja percutánea
- Formato de Consentimiento Informado de Toracocentesis
- Formato de Consentimiento Informado de Biopsia Pleural
- Formato de Consentimiento Informado de Fibrobroncoscopía

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP N°27423

LWMM/OHACH/mgd
DISTRIBUCIÓN.
() Dirección Adjunta
() Ofic. Asesoría Jurídica
() OGC
() Depto de Neumología
() OCI
() Of. Comunicaciones
() Archivo.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESPIROMETRÍA

La Espirometría es una prueba sencilla que consiste en soplar con toda su fuerza y sirve para medir el tamaño de sus pulmones y ver si sus bronquios se encuentran obstruidos.

Técnica del Procedimiento: Después del examen médico que incluye peso y talla, se explica el procedimiento. El paciente se coloca en posición sentado erguido, sin ropa ajustada. Toma aire lo más profundo posible, se coloca una boquilla dentro de la boca y sopla todo el aire con fuerza y rápido hasta que se le indique. Se deben realizar por lo menos tres procedimientos que se parezcan entre sí. Podría o no utilizarse un inhalador broncodilatador (salbutamol o bromuro de ipratropio) durante la prueba para evaluar la respuesta de sus bronquios al medicamento.

Beneficios	Riesgos Potenciales/reales	Efectos Colaterales	Efectos Secundarios
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la función mecánica pulmonar. - Evaluar diferentes síntomas como la tos, expectoración, agitación, cansancio, dificultad para respirar, silbido o ronquera de pecho. - Medir el efecto de una enfermedad sobre la función pulmonar - Estimar el riesgo neumológico pre-operatorio. <p>Evaluar la gravedad y pronóstico de enfermedades respiratorias o de otros órganos que afecten a la función respiratoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso de tos - Broncoespasmo - Síncope - Neumotórax - Aumento de presión intracraneal 	<ul style="list-style-type: none"> - Tos - Dolor torácico 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso de tos - Broncoespasmo - Hemoptisis

Efectos Adversos: Arritmia, angina de pecho, desprendimiento de retina, infección por tuberculosis
Yo....., con Historia Clínica Nro., identificado con DNI N°..... DECLARO, haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de ESPIROMETRÍA y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a). del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, conceder que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

AP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Familiar
DNI No. _____



Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

8 JUL 2019



El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





DENEGACIÓN

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, después de ser informado/a y haber entendido la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PLETISMOGRAFÍA

La Pletismografía es una prueba que sirve para medir el tamaño de los pulmones, tiene que estar dentro de una cabina cerrada durante aproximadamente 15 minutos. Se le estará vigilando e instruyendo en todo momento.

Técnica del Procedimiento: Después del examen médico que incluye peso y talla, se explica el procedimiento. El paciente ingresa a una cabina, se sienta erguido, se le coloca una pinza en la nariz y se cierra la cabina, comunicándose con el examinador por un parlante. Deberá sostener sus mejillas con ambas manos y respirar a través de una boquilla conectada a un sistema con una válvula, luego de 3 a 10 respiraciones se interrumpe el flujo de aire (se cierra la válvula) durante unos segundos, en los cuales debe respirar rápido y superficial, aproximadamente una respiración por segundo. Al abrirse la válvula, debe tomar todo el aire que pueda y luego espirar de forma relajada hasta que se le indique que se detenga. Se deben realizar por lo menos 3 procedimientos que se parezcan entre sí.

Beneficios	Riesgos Potenciales/reales	Efectos Colaterales	Efectos Secundarios
<ul style="list-style-type: none"> - Confirmación y cuantificación de restricción pulmonar. - Confirmación y cuantificación de hiperinflación pulmonar y atrapamiento aéreo especialmente en pacientes con disnea desproporcionada al grado de obstrucción por FEV1; o bien, durante la evaluación preoperatoria de cirugía de reducción de volumen. Monitorización y vigilancia de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> - Síncope - Claustrofobia - Infarto de miocardio, rotura de aneurisma, desprendimiento de retina 	<ul style="list-style-type: none"> - Tos - Dolor torácico 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso de tos - Broncoespasmo - Crisis de ansiedad o pánico al ingresar a la cabina - Hemoptisis

Efectos Adversos: Arritmia, angina de pecho

Yo....., con Historia Clínica Nro., identificado con DNI N°..... DECLARO, haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de PLETISMOGRAFÍA y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a)..... del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, concedor que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

IAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

1 8 JUL 2019



El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





DENEGACIÓN

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, después de ser informado/a y haber entendido la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TEST DE DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO

El Test de Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO) se usa para evaluar la cantidad de oxígeno que puede pasar desde los pulmones (alvéolos) hasta la sangre. Se usa una mezcla de gases que respiramos comúnmente, incluyendo el monóxido de carbono.

Técnica del Procedimiento: Después del examen médico que incluye peso y talla, se explica el procedimiento. El paciente en posición sentado erguido, se le colocará pinza nasal y una boquilla dentro de la boca. Realiza 2 a 3 respiraciones sin esfuerzo, pidiéndole que realice una espiración máxima hasta vaciar totalmente sus pulmones, luego realizará una inspiración máxima y rápida, manteniendo el aire dentro por aproximadamente 10 segundos. Luego realizará una espiración lenta, durante por lo menos 4 segundos. Se deben realizar por lo menos 2 procedimientos que se parezcan entre sí, hasta un máximo de 5 procedimientos.

Beneficios	Riesgos Potenciales/reales	Efectos Colaterales	Efectos Secundarios
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y seguimiento de pacientes con EPID, EPOC, asma - Evaluación de la afección pulmonar en enfermedades sistémicas. - Estimación del riesgo neumológico en: resección pulmonar o trasplante pulmonar. - Evaluación de los efectos pulmonares de los agentes quimioterapéuticos, radioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Síncope - Mareos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tos 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso de tos - Broncoespasmo

Efectos Adversos:

- Neumotórax
- Angina de pecho

Yo....., con Historia Clínica Nro., identificado con DNI N°..... DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de TEST DE DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr.(a). del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, conociendo que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

AP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

18 JUL 2019



El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





DENEGACIÓN

Yo,, identificado/a con DNI N°; con H.CL. N°, después de ser informado/a y haber entendido la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,, identificado/a con DNI N°; con H.CL. N°, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BIOPSIA PULMONAR CON AGUJA PERCUTÁNEA

La Biopsia Pulmonar con Aguja Percutánea es un procedimiento para la obtención de muestras de tejido a través de la punción percutánea del tórax.

Técnica del Procedimiento: El paciente se coloca acostado boca arriba, boca abajo o de lado. Se marca el sitio de la punción, se hace limpieza y desinfección de la zona, se coloca 5 a 10ml de anestesia local (lidocaína 2% S/E). Se inserta la aguja de biopsia, y tras repetidas punciones se obtiene de 3 a 5 muestras de tejido para estudio. Se extrae la aguja y se coloca una gasa para cubrir el lugar de la punción

Beneficios	Riesgos Potenciales/reales	Efectos Colaterales	Efectos Secundarios
- Evaluación de lesiones torácicas periféricas en las que se sospecha neoplasia.	- Hematoma - Infección - Neumotórax - Hemotórax	- Dolor en el lugar de la punción	- Reflejo vagal (mareos, náuseas, visión borrosa, bradicardia, hipotensión)

Efectos Adversos:

- Hipersensibilidad a la anestesia

Yo....., con Historia Clínica Nro., identificado con DNI N°..... DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de BIOPSIA PULMONAR CON AGUJA PERCUTÁNEA y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a) del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, conociendo que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima, ___ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

18 JUL 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





DENEGACIÓN

Yo, , identificado/a con DNI N° ; con HCL N° , después de ser informado/a y haber entendido la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, , identificado/a con DNI N° ; con HCL N° , de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TORACOCENTESIS

La Toracocentesis es un procedimiento que consiste en introducir una aguja en la cavidad pleural para extraer líquido y analizarlo.

Técnica del Procedimiento: El paciente se coloca en posición sentado, con el tórax descubierto, y se procede a examinarlo. Se limpia y desinfecta la zona a punzar. Se procede a la punción de la zona torácica escogida con una aguja delgada (N°21) con jeringa, aspirando el líquido del espacio pleural (aproximadamente 20 ml. Podría extraerse menos o más cantidad de acuerdo a la condición del paciente y estudios a realizarse). Se extrae la aguja y se coloca una gasa para cubrir el lugar de la punción.

Beneficios	Riesgos Potenciales/reales	Efectos Colaterales	Efectos Secundarios
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el origen del derrame pleural. - Evacuación del líquido pleural. - Tratamiento sintomático, en caso de grandes derrames pleurales para disminuir la dificultad respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hematoma en el lugar de la punción - Infección en el lugar de la punción - Neumotórax - Hemotórax 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en el lugar de la punción 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflejo vagal (mareos, náuseas, visión borrosa, bradicardia, hipotensión)

Efectos Adversos:

- Hipersensibilidad a la anestesia

Yo....., con Historia Clínica Nro., identificado con DNI N°..... DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de TORACOCENTESIS y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a)..... del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, concedor que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima, ___ de _____ del 2 ___

Firma del Paciente

DNI No. _____

Firma del Familiar

DNI No. _____

Dr. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Médico

CMP N° _____

RNE N° _____

18 JUL 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
tenido a la vista





DENEGACIÓN

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, después de ser informado/a y haber entendido la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico

CMP N° _____

RNE N° _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BIOPSIA PLEURAL

La Biopsia Pleural es un procedimiento que consiste en la punción del espacio pleural para la obtención de muestras de tejido pleural para poder analizar.

Técnica del Procedimiento: El paciente se coloca en posición sentado, con el tórax descubierto, y se procede a examinarlo. Se limpia y desinfecta la zona a punzar. Se procede a la punción de la zona torácica escogida con una aguja delgada (N°21) con jeringa, aspirando el líquido del espacio pleural. Se coloca entre 5 a 10ml de anestesia local (lidocaína 2% S/E), se realiza un pequeño corte de aproximadamente 0.5 cm con una hoja de bisturí y se procede a introducir la aguja de biopsia pleural. Se obtiene muestras de tejido pleural (entre 3 a 5 muestras). Se extrae la aguja de biopsia y se coloca gasa en la zona para cubrir el lugar de la punción.

Beneficios	Riesgos Potenciales/reales	Efectos Colaterales	Efectos Secundarios
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el origen del derrame pleural, mediante el análisis histológico del tejido pleural. - Cultivo de tejido pleural 	<ul style="list-style-type: none"> - Hematoma en el lugar de la punción - Infección en el lugar de la punción - Neumotórax - Hemotórax 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en el lugar de la punción 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflejo vagal (mareos, náuseas, visión borrosa, bradicardia, hipotensión)

Efectos Adversos:

Relativas: Trastorno de coagulación, mínima cantidad de líquido, infección en el lugar de la punción, alteración hemodinámica, no colaboración del paciente.

Yo....., con Historia Clínica Nro., identificado con DNI N°..... DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de BIOPSIA PLEURAL y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a)..... del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, concedor que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente

DNI No. _____

Firma del Familiar

DNI No. _____

FAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA

FEDATARIA

Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Médico

CMP N° _____

RNE N° _____

18 JUL 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





DENEGACIÓN

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, después de ser informado/a y haber entendido la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____





CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FIBROBRONCOSCOPÍA

La Fibrobroncoscopía es un procedimiento que consiste en la introducción de un equipo endoscópico a las vías aéreas para la visualización de la luz bronquial y obtención de muestras para analizar.

Técnica del Procedimiento: El paciente se coloca acostado boca arriba. Se procede a colocar anestesia local con lidocaína 10%, lidocaína 2% S/E en fosas nasales y cavidad oral y lidocaína en gel en fosas nasales. En determinados casos, podría usarse sedación leve. Se introduce el fibrobroncoscopio por fosa nasal o cavidad oral, se atraviesa cuerdas vocales y se procede a la inspección del árbol bronquial, tomándose muestras (previa anestesia local) de aspirado bronquial, lavado bronquial, cepillado endobronquial, biopsia endobronquial, biopsia transbronquial y/o punción con aguja, de acuerdo al caso del paciente. También podría extraerse tumores, cuerpos extraños y/o colocarse prótesis endobronquiales.

Beneficios	Riesgos Potenciales/reales	Efectos Colaterales	Efectos Secundarios
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de enfermedades infecciosas, neoplásicas - Localización de sangrado - Aspiración de secreciones - Intubación difícil - Desobstrucción de vía aérea por tumor o secreciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia respiratoria - Hemoptisis - Broncoespasmo - Neumotórax - Neumonía - Arritmia - Náuseas, mareos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tos - Dolor faríngeo - Náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> - Vómito - Taquicardia - Disnea - Hipertensión arterial

Efectos Adversos:

- Hipersensibilidad a la anestesia
- Paro respiratorio

Yo....., con Historia Clínica Nro., identificado con DNI N°..... DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre el procedimiento de FIBROBRONCOSCOPÍA y los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a). del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado(a), y firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, conociendo que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Jayas
TAP. YNES CECILIA CASTILLO SALVA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

18 JUL 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
he tenido a la vista





DENEGACIÓN

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, después de ser informado/a y haber entendido la naturaleza de los beneficios y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado/a con DNI N° _____; con HCL N° _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima, ____ de _____ del 2 ____

Firma del Paciente
DNI No. _____

Firma del Familiar
DNI No. _____

Firma del Médico
CMP N° _____
RNE N° _____

