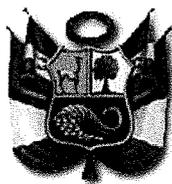


REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 04 de AGOSTO de 2022

VISTOS:

El Informe N° 000265-2022-BS-EF-PATCL-DP-DISAD/INEN, la Jefa del Banco de Sangre, el Informe N° 000340-2022-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000010-2022-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 001045-2022-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

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

Que, con el Informe N° 000265-2022-BS-EF-PATCL-DP-DISAD/INEN, la Jefa del Banco de Sangre, remite el formato de "Consentimiento Informado para Terapia Transfusional" al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, para su revisión, el cual, de acuerdo al Informe N° 000340-2022-DNCC-DICON/INEN, considera que lo encuentra adecuado para su aprobación;

Que, con el Memorando N° 000010-2022-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 29 de mayo del año en curso, acordó, aprobar el formato de consentimiento informado antes mencionado;

Que, de la revisión efectuada al formato del "Consentimiento Informado para Terapia Transfusional", se aprecia que cumple con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Control del Cáncer; Dirección de Servicios de apoyo al Diagnostico y Tratamiento; Departamento de Patología; Banco de Sangre; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

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

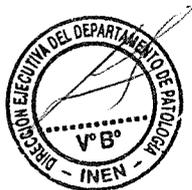
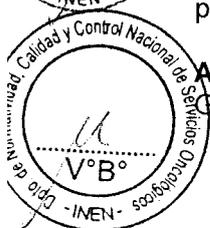
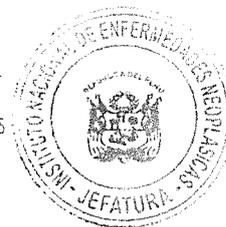
SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el formato del "Consentimiento Informado para Terapia Transfusional" del Banco de Sangre, el mismo en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

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

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

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





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA TRANSFUSIONAL

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

Procedimiento:

La terapia transfusional o transfusión de sangre o transfusión de hemocomponentes es un procedimiento por el cual se transfunde glóbulos rojos, plaquetas o plasma al paciente a través de un acceso venoso (vena). El procedimiento es realizado por personal capacitado y con experiencia bajo supervisión y responsabilidad de medico asistente de turno.

Antes del procedimiento, se le extraerá una muestra de sangre con el fin de analizarla y determinar si es compatible con la sangre seleccionada para la transfusión. La sangre que se le administrará proviene de donantes sanos, y ésta ha sido estudiada para detectar Hepatitis B y C, Sífilis e infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana que provoca el SIDA).

Debe saber que, los pacientes oncohematológicos requieren mayor soporte transfusional por diversos factores que incluyen la enfermedad de fondo, el tratamiento indicado con quimioterapia o inmunoterapia, por lo cual es un procedimiento habitual.

Objetivo:

Corregir la deficiencia de un componente específico de la sangre, conservando el adecuado transporte de oxígeno (glóbulos rojos) o la función hemostática (plaquetas y/o factores de la coagulación) del paciente.

Alternativas:

No existe alternativa.

Consecuencias de realizar la terapia transfusional:

Mejorar el pronóstico de vida.

Consecuencias de no aplicar soporte transfusional:

Hipoxemia-anoxia con fallo orgánico o multiorgánico, alteración de la hemostasia, hemorragias, shock hipovolémico. Aumenta la probabilidad de mortalidad del paciente.

Riesgos reales y potenciales del procedimiento transfusional:

Pueden ocurrir reacciones adversas transfusionales siendo estas generalmente leves, de manejo sencillo y no producen complicaciones posteriores, siendo las más frecuentes entre ellas las reacciones febriles (escalofríos y fiebre) y las reacciones alérgicas (enrojecimientos en piel y picazón).

Excepcionalmente pueden ocurrir reacciones adversas severas como las reacciones alérgicas severas: hemólisis, edemas pulmonares o infecciones transmitidas por transfusión, las cuales serán tratadas oportunamente por su médico tratante.

Efectos adversos de los elementos farmacológicos a utilizar:

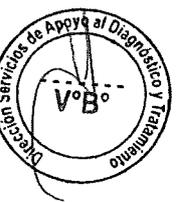
Durante la terapia transfusional no se administra ningún medicamento. Si se presentara algún evento adverso, este será manejado por su médico tratante.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia durante la transfusión sanguínea como: Escalofríos, sensación de alza térmica, enrojecimiento de la piel, comezón, dificultad respiratoria, malestar general, dolor torácico, comunicar inmediatamente al personal médico que se encuentra a cargo de la transfusión sanguínea.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento como: Sensación de alza térmica, escalofríos, malestar general u otras molestias, acudir al INEN para evaluación por médico de emergencia.





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°..... D.N.I.: con el Diagnóstico..... actualmente en el Servicio de:

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

TERAPIA TRANSFUSIONAL

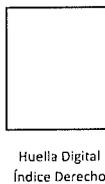
En mi calidad de paciente (), o representante legal () del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes, sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, Hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma.
4. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca.
5. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
6. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

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

FECHA: HORA:

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



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

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

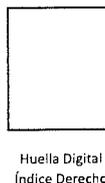
Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha/...../ de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la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

TERAPIA TRANSFUSIONAL

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

FECHA: HORA:

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



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