



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 22 de Abril de 2013

Visto el Memorando N° 149-2013-DME/HNCH, del Jefe del Departamento de Medicina, el Memorando N° 223-OGC-2013-HNCH, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

### CONSIDERANDO:

Que, con el Memorando N° 149-2013-DME/HNCH-2013, el Jefe del Departamento de Medicina remite al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, los proyectos de los formatos de consentimientos informados para Endoscopia Digestiva Alta, para Colonoscopia, para Biopsia Renal, para Terapia de Hemodiálisis, para Terapia de Diálisis Peritoneal, para la Implantación de Catéter de Diálisis Peritoneal, para la Colocación de Catéter para Hemodiálisis;

Que, mediante el Memorando N° 223-OGC-2013-HNCH, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Oficina de Asesoría Jurídica los proyectos de los formatos de consentimientos informados para Endoscopia Digestiva Alta, para Colonoscopia, para Biopsia Renal, para Terapia de Hemodiálisis, para Terapia de Diálisis Peritoneal, para la Implantación de Catéter de Diálisis Peritoneal, para la Colocación de Catéter para Hemodiálisis, indicando que los proyectos remitidos cumplen con la N.T.S. N° 022-MINSA/DGSP-V.02, para ser aprobados mediante Resolución Directoral;

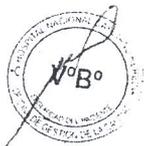
Que, los profesionales del Departamento de Medicina como parte del equipo de salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, el artículo 4° de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud en su caso;

Que, el artículo 40° de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, se establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico. Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la ley. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente;

Que, asimismo, la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, Epicrisis, Informe de Alta y Consentimiento Informado, aprobado por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, modificada por la Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA, define al consentimiento informado como la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente 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. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4° y 40° de la Ley General de Salud;

Que, Mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA del 11 de julio de 2011 se aprueba las Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;



Que, de acuerdo con el marco regulatorio existente, es necesario aprobar los de los formatos de consentimientos informados para Endoscopia Digestiva Alta, para Colonoscopia, para Biopsia Renal, para Terapia de Hemodiálisis, para Terapia de Diálisis Peritoneal, para la Implantación de Catéter de Diálisis Peritoneal, para la Colación de Catéter para Hemodiálisis, los cuales cuentan con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad; por lo que cumpla con elevar a su Despacho los proyectos de los formatos de Consentimientos Informados que fueron adecuados, así como el proyecto de resolución correspondiente;

Que, conforme a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 216-2007-SA/MINSA, son funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el literal c) del Artículo 23° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, del 9 de marzo de 2007, establece como funciones del Departamento de Medicina ejecutar, proponer y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica especializada, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 266-OAJ-2013/HNCH;

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

En uso de las atribuciones que le confiere el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, del 9 de marzo de 2007;

#### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar los formatos de Consentimientos Informados del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia que se detalla a continuación, y que forman parte de la presente resolución:

#### SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA:

- Consentimiento Informado para Endoscopia Digestiva Alta
- Consentimiento Informado para Colonoscopia

#### SERVICIO DE NEFROLOGÍA

- Consentimiento Informado para Biopsia Renal
- Consentimiento Informado para Terapia de Hemodiálisis
- Consentimiento Informado para Diálisis Peritoneal
- Consentimiento Informado para la Implantación de Catéter de Diálisis Peritoneal
- Consentimiento Informado para la Implantación de Catéter para Hemodiálisis

**Artículo 2°.-** Encargar al Departamento de Medicina proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de los formatos de consentimientos Informados aprobada por el Artículo 1° de la presente resolución.

**Artículo 3° -** Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a publicar la presente resolución en la Página WEB del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese.

  
MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional Cayetano Heredia  
Dr. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE  
DIRECTOR GENERAL  
CMP. 14271

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA  
DEL ORIGINAL  
ENVIADO AL DEPARTAMENTO DE COMUNICACIONES  
PARA SU PUBLICACION EN LA PAGINA WEB  
DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
EL 10 DE MARZO DE 2013  
MANUEL RAMIREZ  
COORDINADOR DE COMUNICACIONES



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

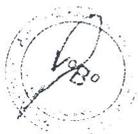
No. Historia clínica:.....

Yo,

.....identifico con Documento de Identidad....., he sido informado por el Dr. .... acerca del examen de endoscopia digestiva alta.

- El propósito de ésta información es que yo (el paciente) o mi representante legal, tome la decisión libre y voluntaria de autorizar, o no, dicho procedimiento, luego de tener conocimiento de los posibles riesgos.
- Entiendo que es un examen que consiste en introducir una sonda flexible por la boca mediante el cual se explora el esófago, estómago y duodeno. Usualmente se toman muestras de mucosa (biopsias). Para minimizar el discomfort y relajarme usualmente se me administraran sedantes y analgésicos endovenosos. Estos medicamentos podrían causar irritación local y una reacción al medicamento podría ocurrir.
- Se me ha informado que algunas lesiones pueden pasar desapercibidas al examen y que hay pruebas alternativas como la radiografía contrastada de esófago, estómago y duodeno. El no realizar el examen puede impedir un diagnóstico de una enfermedad importante al estómago o retrasar un tratamiento.
- Los riesgos más importantes son reacciones alérgicas a medicamentos, hematoma o infección en la zona de venopunción, y dolor abdominal post procedimiento. Además sangrado, infección o perforación del esófago, estómago o intestino, el riesgo está estimado en 1 en 10,000 procedimientos y podrían requerir cirugía, hospitalización y transfusiones sanguíneas. Otros riesgos que podrían ser serios e incluso fatales pueden ser dificultad respiratoria, ataque cardiaco y aspiración. Estos son extremadamente raros pero pueden ocurrir.
- Entiendo de que en caso de que se encuentre un pólipo (proliferaciones de la mucosa) según el criterio del médico probablemente se va a intentar su extracción (polipectomía), esto aumenta del riesgo de sangrado o perforación, pero el no extraerlo conlleva al riesgo de que ese pólipo pueda transformarse en cáncer. La alternativa a la extracción del pólipo por endoscopia es la extracción por cirugía.
- Entiendo que debo informar al médico sobre alergias, si uso anticoagulantes y sobre mi historia y antecedentes médicos sin omitir ninguna información.
- He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuáles han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Entiendo que este es un Hospital Docente en el cual hay médicos Residentes en formación que bajo supervisión de un Médico Asistente especialista puede realizar este procedimiento. Si hubiera alguna complicación, Usted debe saber que todos los medios necesarios de nuestro hospital están disponibles para intentar solucionarla. Al firmar este documento usted autoriza a los médicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia a realizar el examen indicado por su médico tratante, el cual ha sido detallado arriba. Por favor infórmenos de cualquier duda que tenga con respecto al examen antes de firmar la autorización.



[Handwritten signature]





Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice una endoscopia digestiva alta, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Fecha: .....

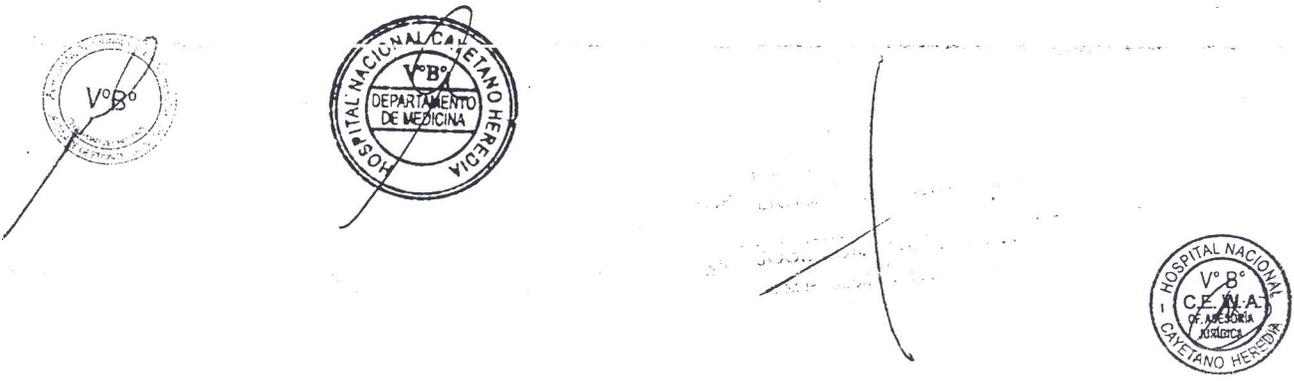
 _____ <b>PACIENTE o REPRESENTANTE</b> NOMBRE: _____ DNI: _____	 _____ <b>TESTIGO</b> NOMBRE: _____ DNI: _____	 _____ <b>MEDICO TRATANTE</b> NOMBRE: _____ DNI: _____
--	---	---

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don (Doña) \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ en mi calidad de paciente ( ) o como Representante Legal del paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) médico (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia de acuerdo a lo establecido en el Art. 4to de la Ley 26842 Ley General de salud.

Fecha:.....

  
 \_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL**  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 DOC. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA**

No. Historia clínica:.....

Yo,

.....identifica  
do con Documento de Identidad....., he sido informado por el  
Dr. .... acerca del examen de colonoscopia.

- El propósito de ésta información es que yo (el paciente) o mi representante legal, tome la decisión libre y voluntaria de autorizar, o no, dicho procedimiento, luego de tener conocimiento de los posibles riesgos.
- Entiendo que es un examen que consiste en la exploración del intestino grueso (colon) introduciendo una sonda flexible por el ano. Si es necesario se tomarán muestras de mucosa (biopsias), además si se encontrara un pólipo se procederá a su extracción.
- Es posible que durante la colonoscopia sienta pequeños cólicos que son pasajeros, para minimizar el discomfort y relajarme usualmente se me administraran sedantes y analgésicos endovenosos. Estos medicamentos podrían causar irritación local y una reacción al medicamento podría ocurrir.
- Se me ha informado que algunas lesiones pueden pasar desapercibidas al examen, que en un pequeño número de personas no es posible evaluar todo el colon mediante este método y que hay pruebas alternativas como la colonoscopia virtual o la radiografía contrastada de colon. El no realizar el examen puede impedir el diagnóstico de una enfermedad importante o retrasar un tratamiento.
- Los riesgos más importantes (no son los únicos posibles) son reacciones alérgicas a medicamentos, hematoma o infección en la zona de venopunción, dolor abdominal post procedimiento, deshidratación o compromiso renal por el uso de laxantes. Además sangrado, infección o perforación del colon, el riesgo está estimado en 1 en 1,000 procedimientos y podrían requerir cirugía, hospitalización y transfusiones sanguíneas. Otros riesgos que podrían ser serios e incluso fatales son dificultad respiratoria, ataque cardiaco y aspiración. Estos son extremadamente raros pero pueden ocurrir.
- Entiendo de que en caso de que se encuentre un pólipo (crecimientos de la mucosa del colon) según el criterio del médico probablemente se va a intentar su extracción, esto aumenta del riesgo de sangrado (riesgo 1 de cada 100 procedimientos) o perforación del colon (riesgo de 1 de cada 1000 procedimientos) pero el no extraerlo conlleva al riesgo de que ese pólipo pueda transformarse en cáncer. La alternativa a la extracción del pólipo por endoscopia es la extracción por cirugía.
- Entiendo que debo informar al médico sobre alergias, si uso anticoagulantes y sobre mi historia y antecedentes médicos sin omitir ninguna información.
- He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuáles han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Entiendo que este es un Hospital Docente en el cual hay médicos Residentes en formación que bajo supervisión de un Médico Asistente especialista puede realizar este procedimiento. Si hubiera alguna complicación, Usted debe saber que todos los medios necesarios de nuestro hospital están disponibles para intentar solucionarla. Al firmar este documento usted autoriza a los médicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia a realizar el examen indicado por su médico tratante, el cual ha sido detallado arriba. Por favor infórmenos de cualquier duda que tenga con respecto al examen antes de firmar la autorización.

VºBº



[Handwritten signature]





Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice una colonoscopia, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Fecha: .....

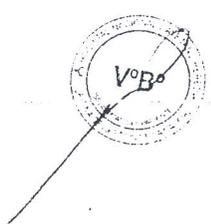
_____	_____	_____
<b>PACIENTE o REPRESENTANTE</b>	<b>TESTIGO</b>	<b>MEDICO TRATANTE</b>
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
DNI: _____	DNI: _____	DNI: _____

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don (Doña) \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ en mi calidad de paciente ( ) o como Representante Legal del paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) médico (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia de acuerdo a lo establecido en el Art. 4to de la Ley 26842 Ley General de salud.

Fecha: .....

_____
<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b>
NOMBRE: _____
DOC. IDENTIDAD: _____
FECHA: _____
HORA: _____



Handwritten signature





PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Departamento de Medicina  
Servicio de Nefrología

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA RENAL**

Sr/Sra.....  
identificada con DNI número .....y con Historia Clínica.....se le informa que :

Ud ha sido diagnosticado de.....por ello los médicos del servicio de NEFROLOGIA han indicado la realización de una Biopsia Renal, para determinar el tratamiento futuro y su pronóstico. La biopsia renal consiste en la extracción de una muestra pequeña de uno de los riñones por medio de una aguja especial, localizando el riñón con ecografía u otra técnica radiológica.

El procedimiento se hace con anestesia local y se extraen dos muestras de riñón para los estudios microscópicos respectivos.

En general la Biopsia Renal es un procedimiento seguro en el que casi no se presentan complicaciones mayores. Como cualquier procedimiento puede producir dolor y hematoma leve en la zona y sangre en la orina, en las primeras 24 horas. Para evitar las complicaciones serias el paciente debe estar en reposo absoluto las primeras 24 horas.

Sin embargo, estamos en la obligación de informarle que raramente se puede presentar complicaciones serias como: hematoma alrededor del riñón, fístulas arterio-venosas, que podrían necesitar cirugía del riñón (nefrectomía) en el que se realizó la biopsia. En el mundo se han descrito muertes en casos de biopsia renal en pacientes con enfermedades severas, en nuestro hospital en más de 40 años de existencia sólo ha ocurrido un caso.

VºBº



**Declaraciones y firmas:**

**PACIENTE.**

Declaro que he sido informado por los médicos, que me van atender Dr./Dra. ...., habiendo resuelto mis dudas y comprendido los beneficios y riesgos de la realización de la **BIOSPIA RENAL**, en cumplimiento de la Ley General de Salud N° 26842 que en su artículo 4 establece que "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Igualmente de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que comporta su realización", doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento arriba mencionado y les autorizo a tomar las medidas oportunas en caso de complicaciones para mantenerme con vida o evitarme daño. También conozco que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....

DNI número.....

Firma del paciente..... Huella digital



**TUTOR LEGAL O FAMILIAR RESPONSABLE.**

**Incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años:**

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

DNI.....en calidad de.....

Fecha.....

Firma de la persona autorizada.....Huella digital



**MEDICO RESPONSABLE**

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar responsable del propósito y naturaleza del tratamiento, así como de sus beneficios y riesgos.

Fecha.....

Firma y Sello.....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO.**

Yo, Don (Doña) ..... identificado con DNI Nro. .... en mi calidad de paciente ( ), Representante Legal del paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) medico (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de acuerdo a lo establecido en el Art. 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente: .....

Firma del paciente..... Huella digital

DNI Nro.....



Apellidos y Nombres del Representante legal: .....

Firma del Representante legal..... Huella digital

DNI Nro.....

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....





Departamento de Medicina

Servicio de Nefrología

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA DE HEMODIÁLISIS**

Sr/Sra.....  
identificada con DNI número .....y con Historia Clínica.....Su médico le ha diagnosticado **Insuficiencia Renal Aguda ( ), Insuficiencia Renal Crónica ( )**. Esto significa que sus riñones no están realizando su función adecuadamente, por lo tanto no se eliminan de la sangre ciertas sustancias que son peligrosas para su vida.

Por este motivo su médico ha indicado un tratamiento que se realice **Hemodiálisis**

La diálisis es un procedimiento que hace las funciones del riñón de manera parcial, siendo necesario recibir otras medicinas adicionales. Aunque la diálisis no reemplaza completamente a sus riñones, puede proporcionarle una calidad de vida aceptable.

La supervivencia de los pacientes en diálisis, depende también de otros factores como la edad, las enfermedades asociadas el inicio oportuno y el apoyo familiar.

**Hemodiálisis** se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que actúa de colador sin dejar pasar células ni sustancias grandes. Esta técnica precisa hacer previamente una Fístula Arterio-venosa en quirófano (unión de una arteria y una vena directamente o a través de una tubo por debajo de la piel en el antebrazo o en el codo) o de la colocación de un catéter venoso temporal o permanente.



Para llevar la sangre hacia el filtro hay que colocar dos agujas en la fistula, una de entrada y otra de salida; en el caso de catéter no es necesario el uso de agujas. Habitualmente la hemodiálisis dura de 3.5 a 4 horas y se realiza tres veces por semana y se hace en un centro de diálisis.

La Hemodiálisis suele ser bien tolerada aunque ocasionalmente pueden aparecer algunas reacciones poco frecuentes, como náuseas, vómitos, dolor de cabeza, presión baja, calambres, hematomas o pequeños sangrados por los puntos de punción de las agujas o por rotura del dializador (Filtro). También pueden ocurrir otras complicaciones raras pero más serias como rotura de glóbulos rojos de la sangre (hemólisis), reacciones alérgicas severas, alteraciones cardíacas como arritmias, angina de pecho, o accidentes cerebro-vasculares ("derrame cerebral") que pueden requerir de hospitalización y de procedimientos especializados.

**RIESGOS PERSONALIZADOS** (opción para especificar riesgos particulares en algunas de las técnicas).

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Declaraciones y firmas:

**PACIENTE**

Declaro que he sido informado por los médicos que me van atender Dr./Dra. ...., del tratamiento de **Hemodiálisis** en virtud y cumplimiento de la Ley General de Salud número 26842. Igualmente he comprendido y mis dudas han sido resueltas, de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que tiene.

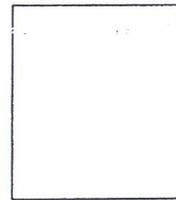
En consecuencia doy mi consentimiento a que se me realice Hemodiálisis y autorizo a tomar las medidas oportunas en caso se presenten complicaciones.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....

DNI número.....

Firma del paciente..... Huella digital



**TUTOR LEGAL O FAMILIAR RESPONSABLE.**

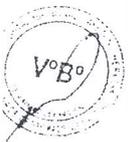
**Incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años :**

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

DNI.....en calidad de.....

Fecha.....

Firma de la persona autorizada.....Huella digital



**MEDICO RESPONSABLE**

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar responsable del propósito y naturaleza del procedimiento, así como de sus beneficios y riesgos.

Fecha.....

Firma y Sello.....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO.**

Yo, Don (Doña) ..... identificado con DNI Nro. .... en mi calidad de paciente ( ), Representante Legal del paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) medico (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de acuerdo a lo establecido en el Art. 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente: .....

Firma del paciente..... Huella digital

DNI Nro.....

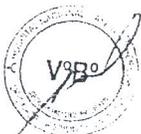


Apellidos y Nombres del Representante legal: .....

Firma del Representante legal..... Huella digital

DNI Nro.....

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....



Departamento de Medicina

Servicio de Nefrología

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA DE DIALISIS PERITONEAL.**

Sr/Sra.....  
identificada con DNI número .....y con Historia Clínica.....Su médico le ha diagnosticado **Insuficiencia Renal Aguda ( )**, **Insuficiencia Renal Crónica ( )**. Esto significa que sus riñones no están realizando su función adecuadamente, por lo tanto no se eliminan de la sangre ciertas sustancias que son peligrosas para su vida.

Por este motivo su médico ha indicado un tratamiento que se realice **Diálisis Peritoneal**

La diálisis es un procedimiento que hace las funciones del riñón de manera parcial, siendo necesario recibir otras medicinas adicionales. Aunque la diálisis no reemplaza completamente a sus riñones, puede proporcionarle una calidad de vida aceptable.

La supervivencia de los pacientes en diálisis, depende también de otros factores como la edad, las enfermedades asociadas el inicio oportuno y el apoyo familiar.



*Vos*



**La Diálisis Peritoneal:** Se basa en el intercambio de sustancias utilizando el peritoneo (una membrana que está en el abdomen y que normalmente recubre los intestinos). Esta membrana hace la función de "filtro".

La técnica consiste en introducir un líquido especial en el abdomen a través del catéter peritoneal, permanece durante un tiempo para que salgan las sustancias tóxicas y agua en exceso de la sangre, luego del cual el líquido es eliminado hacia una bolsa especial.

Este procedimiento se realiza, 3-4 veces/día en la forma manual (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) y de forma automática durante la noche (Diálisis Peritoneal Automática con máquina).

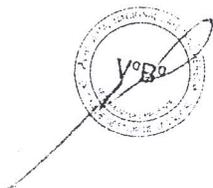
Esta técnica tiene una buena tolerancia aunque puede haber también algunas complicaciones leves como son: digestiones pesadas, estreñimiento, dolor de espalda, dolor abdominal a la entrada o salida del líquido o hernias.

Raramente pueden presentarse complicaciones serias como: Infección del orificio del catéter y Peritonitis (infección de la cavidad peritoneal), que son controlables con tratamiento antibiótico y sin abandonar la técnica en la mayoría de los casos; sin embargo, pueden requerir de hospitalización y de procedimientos especializados.

En casos excepcionales puede ser necesario el cambio de la técnica hacia hemodiálisis.

**RIESGOS PERSONALIZADOS** (opción para especificar riesgos particulares en algunas de las técnicas).

.....  
.....  
.....  
.....



**Declaraciones y firmas:**

**PACIENTE.**

Declaro que he sido informado por los médicos que me van atender Dr./Dra.  
....., del tratamiento de **Diálisis Peritoneal**, en virtud y cumplimiento de la Ley General de Salud número 26842. Igualmente he comprendido y mis dudas han sido resueltas, de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que tiene.

En consecuencia doy mi consentimiento a que se me realice Diálisis Peritoneal y autorizo a tomar las medidas oportunas en caso se presenten complicaciones.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....

DNI número.....

Firma del paciente..... Huella digital



**TUTOR LEGAL O FAMILIAR RESPONSABLE.**

**Incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años:**

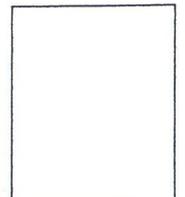
Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

DNI..... en calidad de.....

Fecha.....

Firma de la persona autorizada.....Huella digital



**MEDICO RESPONSABLE**

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar responsable del propósito y naturaleza del tratamiento, así como de sus beneficios y riesgos.

Fecha.....

Firma y Sello.....

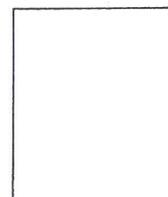
**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO.**

Yo, Don (Doña) ..... identificado con DNI Nro. .... en mi calidad de paciente ( ), Representante Legal del paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) medico (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de acuerdo a lo establecido en el Art. 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente: .....

Firma del paciente..... Huella digital

DNI Nro.....

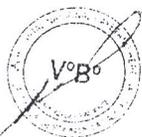


Apellidos y Nombres del Representante legal: .....

Firma del Representante legal..... Huella digital

DNI Nro.....

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....





Departamento de Medicina  
Servicio de Nefrología

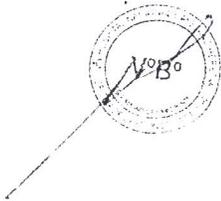
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA IMPLANTACIÓN DE CATETER DE DIALISIS PERITONEAL.**

Sr/Sra.....  
identificada con DNI número .....y con Historia Clínica..... se le informa que usted padece de **Insuficiencia Renal Aguda ( ) Insuficiencia Renal Crónica ( )**, de **Diálisis Peritoneal** como tratamiento.

La Insuficiencia Renal severa pone en riesgo la vida del paciente en caso que no se realice la diálisis, por ello es preciso colocarle un catéter (tubo de material sintético) en el abdomen.

La implantación del catéter es una intervención sencilla que se realiza en un quirófano o local apropiado por cirujanos o nefrólogos con experiencia. El procedimiento se realiza habitualmente con anestesia local (en algunos casos se requiere de anestesia general), se realiza un pequeño corte cerca del ombligo a través del cual se coloca el catéter. Luego se realiza un pequeño túnel (10 cm) debajo de la piel para fijar el catéter y reducir el riesgo de infección.

El modelo de catéter ha sido elegido por su Nefrólogo por considerarlo el más apropiado para Ud. En los primeros días de la intervención puede presentar dolor en la zona del procedimiento y un discreto sangrado, que mejorarán con el paso de los días.. Se necesitará retirar el catéter una vez insertado en los siguientes casos, infección del túnel del catéter, mal función del catéter.





**MÉDICO RESPONSABLE**

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar responsable del propósito y naturaleza del procedimiento, así como de sus beneficios y riesgos.

Fecha.....

Firma y Sello.....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO.**

Yo, Don (Doña) ..... identificado con DNI Nro. .... en mi calidad de paciente ( ), Representante Legal del paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) medico (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de acuerdo a lo establecido en el Art. 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente: .....

Firma del paciente..... Huella digital

DNI Nro.....

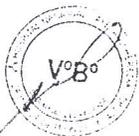


Apellidos y Nombres del Representante legal: .....

Firma del Representante legal..... Huella digital

DNI Nro.....

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....



Departamento de Medicina  
Servicio de Nefrología

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS

Sr/Sra.....  
identificada con DNI número .....y con Historia Clínica..... se le informa que usted padece de **Insuficiencia Renal Aguda ( ) Insuficiencia Renal Crónica ( )**, y cuya situación clínica requiere de **Hemodiálisis** como tratamiento.

La Insuficiencia Renal severa pone en riesgo la vida del paciente en caso que no se realice la diálisis. En el caso de la Hemodiálisis es necesario colocarle un catéter (tubo de material sintético) en una vena grande que generalmente se localizan en cuello (Vena Yugular) o en la ingle (Vena Femoral).

Para el procedimiento se emplea anestesia local y puede presentar algunas **complicaciones**: frecuentes pero de grado leve como hematomas (Por punción de la arteria o sangrado importante de la vena) y otras raras pero más severas: **neumotórax (por punción del pulmón), hemorragias severas, embolismos (por ingreso inadvertido de aire a la vena) o infecciones** que pueden requerir de hospitalización y procedimientos especializados.



**Declaraciones y firmas:**

**PACIENTE**

Declaro que he sido informado por el médico Dr./Dra. ...., del procedimiento de **COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISIS**, en virtud y cumplimiento de la Ley General de Salud número 26842. Igualmente he comprendido y mis dudas han sido resueltas respecto de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que tiene.

En consecuencia doy mi consentimiento a que me practiquen el procedimiento y autorizo a tomar las medidas oportunas en caso se presenten complicaciones.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Apellidos y Nombres del Paciente: .....

Firma del paciente..... Huella digital

DNI Nro.....

Firmo en Lima..... de..... Del 20.....



**TUTOR LEGAL O FAMILIAR RESPONSABLE**

**Incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años:**

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

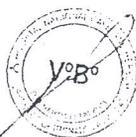
DNI.....en calidad de.....

Fecha.....

Firma de la persona autorizada.....Huella digital



Firma del paciente..... Huella digital



**MÉDICO RESPONSABLE**

Dr..... He informado a este paciente y/o tutor legal o familiar responsable del propósito y naturaleza del procedimiento, así como de sus beneficios y riesgos.

Fecha.....

Firma y Sello.....

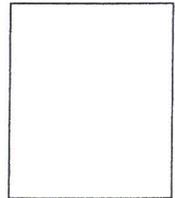
**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO.**

Yo, Don (Doña) ..... identificado con DNI Nro. .... en mi calidad de paciente ( ), Representante Legal del paciente ( ), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) medico (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de acuerdo a lo establecido en el Art. 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente: .....

Firma del paciente..... Huella digital

DNI Nro.....



Apellidos y Nombres del Representante legal: .....

Firma del Representante legal..... Huella digital

DNI Nro.....



Firmo en Lima..... de..... Del 20.....

