



RESOLUCIÓN DIRECTORAL



Lima, 27 de 11 de 2017

Visto: El Expediente N° 27547-2017 con Informe N° 025-2017-DME/HCH, remitido por el Jefe del Departamento de Medicina, respecto al Consentimiento Informado del Test de Aliento, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, Ley N° 26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la presente norma, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, mediante el artículo 4° de la acotada norma, dispone 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";

Que, mediante la Ley N° 29414, se modifica los artículos 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud; estableciendo en su numeral 4 inciso a.1) lo siguiente: Toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicié su voluntad, para el tratamiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones: En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública;

Que, el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, tiene como objeto reglamentar la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, conforme el artículo 23° de la normativa citada en el párrafo precedente, Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse mecanismo alguno que distorsione o vicié su voluntad, en cuyo caso ello se constituirá en circunstancia que acarrea la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud. El proceso del consentimiento informado deberá garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión del usuario. Este proceso debe constar necesariamente por escrito, en un documento que visibilice el proceso de información y decisión, el cual además formará parte de la historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondientes. En el caso de personas capaces que no supiesen firmar, deberán imprimir su huella digital en señal de conformidad. El consentimiento informado puede ser revocado y será expresado en la misma forma en que fue otorgado;



Que, según el artículo de la normativa acotada en el párrafo precedente, dispone que: El consentimiento escrito deberá ejecutarse de forma obligatoria en las siguientes situaciones: a. Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona. b. Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes. c. Cuando la persona reciba la aplicación de medicamentos o tratamientos de carácter experimental. d. Cuando el paciente haya tomado la decisión de negarse a recibir tratamientos. En caso de menores de edad o de personas cuyas condiciones particulares le impidan ejercer este derecho, se realizará conforme a lo señalado en el artículo 4° del presente Reglamento. No se requiere del consentimiento informado frente a situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros, o de grave riesgo para la salud pública;

Que, estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Medicina y lo opinado por la Oficina Asesoría Jurídica en el Informe N° 898-2017-OAJ/HCH;

Con visto del Jefe del Departamento de Medicina y de la Jefa de Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad, con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Consentimiento Informado Para el Test de Aliento del Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del Consentimiento Informado Para el Test de Aliento.

Artículo 3°.- DISPONER que el Jefe de la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

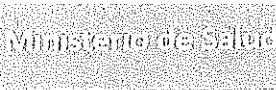
REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

() ACPR/BIC/ACV
DISTRIBUCIÓN:

() DG
() DME
() OAJ
() OCOM



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TEST DEL ALIENTO

Procedimiento. Test del aliento espirado con carbono 13

El Objetivo de este examen es diagnosticar infección por *Helicobacter pylori*. Consiste en soplar en una bolsa especial para la recolección del aliento; luego, tomar una cápsula que contiene carbono 13; y finalmente, media hora después, soplar nuevamente en otra bolsa. Este examen no tiene ningún riesgo para usted y tampoco causa ninguna alteración en los resultados de su endoscopia. Puede ser usado en niños, adultos y gestantes sin ningún riesgo.

Yo, _____, identificado con el DNI _____ autorizo la realización del test del aliento espirado con carbono 13 y la utilización de estos resultados para fines académicos del Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia de manera confidencial.

Así mismo, hago constar que:

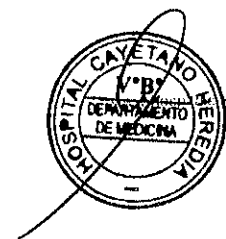
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- Se me han explicado las características y el objetivo del procedimiento, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía.
- Todas las preguntas fueron respondidas en mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos
- Presto libremente mi conformidad de participar en el estudio.
- Puedo decidir no realizarme el procedimiento en cualquier momento.

Fecha:

FIRMA _____

HUELLA
DIGITAL

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL
DNI: _____



Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología
Av. Honorio Delgado N. 262 Urb. Ingenieros SMP Lima 31 Perú
Tel: (511) 482 0402 Anexo 225 Fax: 482 1410



PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Nombre: _____

N° HC: _____ DNI: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Medico tratante en Gastroenterología: _____

Otros médicos tratantes:

- Medico: _____ Especialidad: _____
- Medico: _____ Especialidad: _____
- Medico: _____ Especialidad: _____

Primera consulta por GE que se detalla en la HC: _____

Última consulta por GE que se detalla en la HC: _____

Informe de la Endoscopia Digestiva Alta: _____

Otras endoscopias y fecha: _____

Criterios de exclusión

- Antibióticos para Hp u otra patología en el último mes: Si ☐ No ☐
- Tratamiento para Hp en el pasado Si ☐ No ☐ Fecha: _____
- Inhibidores de bomba de protones en las últimas 2 semanas: Si ☐ No ☐
- Compuestos de bismuto en las últimas 4 semanas: Si ☐ No ☐
- Sangrado gastrointestinal en las últimas 4 semanas: Si ☐ No ☐
- Otros medicamentos que consume el paciente: _____
- Alergias

Comentarios: _____