



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 9 de Mayo del 2013

Visto el Memorando Nº 496-OGC-2012-HNCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, sobre aprobación de Formatos de Consentimiento Informado enviados por el Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Memorando Nº 496-OGC-2012-HNCH, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad envía los Formatos de Consentimiento Informado para: Aspirado de Médula Ósea (AMO), Biopsia de Hueso, Implante de Marcapaso Definitivo, Pericardiocentesis, Biopsia Tiroidea Con Aguja Fina (BAAF DE TIROIDES),



Que, el artículo 4º de la Ley Nº 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 40º de la acotada Ley, 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 presente 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 Nº 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 Nº 597-2006/MINSA, modificada por la Resolución Ministerial Nº 686-2008/MINSA, define a el 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 Ley General de Salud, artículos 4º y 40º;

Que, de lo expuesto en los párrafos precedentes se advierte que es necesario aprobar los Formatos de Consentimiento Informado según lo propuesto en el documento de visto;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 292-2013-OAJ-HNCH;

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

De conformidad con las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA de 9 de marzo de 2007;

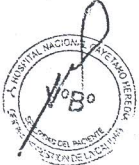
SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR los Formatos de Consentimiento Informado para: Aspirado de Médula Ósea (AMO), Biopsia de Hueso, Implante de Marcapaso Definitivo, Pericardiocentesis, Biopsia Tiroidea Con Aguja Fina (BAAF DE TIROIDES), enviados por el Departamento de Medicina con el Visto Bueno de la Oficina de Gestión de la Calidad, por estar dentro de los lineamientos establecidos por la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, que en anexo aparte se adjunta, los mismos que forman parte de la presente resolución.

Artículo 2º.- El cumplimiento de los Formatos de Consentimiento Informado indicados en el párrafo precedente, será de responsabilidad del Jefe del Departamento de Medicina.

Artículo 3º.- Encargar a la Unidad de Comunicaciones y Relaciones Públicas la publicación de la presente resolución en la página Web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CMP. 14270

LEDM/CEWA/BIC/bic.

C.c.:
Dirección General
Dpto. Medicina
Of. Gestión Calidad
OAJ.
Archivo.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL"


EMILIANO ELIAS SANCHEZ QUIROPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO TITULAR
TAMBIEN INTERNO



PERU	MINISTERIO DE SALUD	DISA V LIMA CIUDAD HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
------	------------------------	---

"Año de la Integración Nacional y el
Reconocimiento de Nuestra Diversidad"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASPIRADO DE MEDULA OSEA (AMO)

A. IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente: _____ HCL: _____
Edad: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha propuesto que se me realice un **Aspirado de Médula Ósea (AMO)** como mejor alternativa de diagnóstico.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos del **AMO**. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy conciente que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, mi riesgo en el **AMO** aumentará de manera general. Declaro que todos los datos otorgados a los médicos del Hospital Cayetano Heredia, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión.

Entiendo que el médico empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el **AMO**, al igual que todos los medios técnicos de este hospital disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy conciente que no existen garantías absolutas de resultado y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACION GENERAL

El **AMO** es una técnica que consiste en obtener una pequeña muestra de Medula Ósea a través de la piel, utilizando una aguja fina, en la cresta iliaca posterior (cadera). En ocasiones el AMO se realiza en el esternón (pecho). Esta muestra posteriormente será estudiada al microscopio. La extracción de la muestra se realiza, habitualmente, bajo los efectos de la anestesia local en el punto de la punción.

También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante.

POSIBLES RIESGOS:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

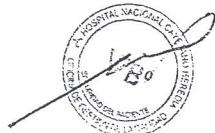
- Hematoma superficial o profundo.
- Infección superficial o profunda.
- Dolor residual en la zona de punción.
- Limitación funcional.
- Fracaso en la obtención de la muestra.
- Reacciones alérgicas a medicamentos o al anestésico local.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

POR LO TANTO: Doy consentimiento para que se me realice el AMO/biopsia de hueso recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.

El Hospital Cayetano Heredia queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del médico, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.

Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de iniciarse el procedimiento; y que de no aceptar el **AMO** propuesto en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.



Av. Honorio Delgado N° 262
Urb. Ingeniería - San Martín de Porres
Lima 31 - Perú
Teléfono: (511) 01 - 482 - 0402



PERU	MINISTERIO DE SALUD	DISA V LIMA CIUDAD HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
------	------------------------	---

"Año de la Integración Nacional y el
Reconocimiento de Nuestra Diversidad"

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Médico que informa o realizará el procedimiento:

He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del médico tratante y/o informante
CMP N°

2. He sido informado por parte del médico del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto. Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor o a consecuencia de mi imprudencia o la de mis familiares, el médico informante y/o tratante y el Hospital Cayetano Heredia se eximen de toda responsabilidad administrativa, civil o penal.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que mi decisión es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente (o Huella digital)
DNI N°

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):

Sé que el paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
DNI N°
Parentesco:

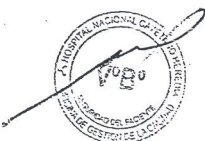
Nombre y Firma del Testigo
DNI N°

4. REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____, a pesar de haber autorizado previamente la realización de un **Aspirado de Médula Ósea**, decido de manera libre y voluntaria retirar mi consentimiento para que se realice el procedimiento, conociendo los riesgos posibles que tal decisión implica. Declaro que la decisión tomada no obedece a sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que mi decisión es LIBRE, VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente (o Huella digital)
DNI N°

Nombre y Firma del Testigo
DNI N°



Av. Honorio Delgado N° 262
Urb. Ingeniería – San Martín de Porres
Lima 31 – Perú
Teléfono: (511) 01 – 482 – 0402



PERU	MINISTERIO DE SALUD	DISA V LIMA CIUDAD HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
------	------------------------	---

"Año de la Integración Nacional y el
Reconocimiento de Nuestra Diversidad"

OK

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE HUESO

A. IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente: _____ HCL: _____
Edad: _____ Servicio: _____ Fecha: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha propuesto que se me realice una **Biopsia de Hueso** como mejor alternativa de diagnóstico.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la **Biopsia de Hueso**. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la **Biopsia de Hueso** aumentará de manera general. Declaro que todos los datos, como antecedentes de mi salud, otorgados a los médicos del Hospital Cayetano Heredia, son exactos y sin omisión.

Entiendo que el médico empleará todos los medios a su alcance y disponibles en este hospital buscando seguridad para mí durante la **Biopsia de Hueso**, además para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con el procedimiento y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACION GENERAL

La **Biopsia de Hueso** es una técnica que consiste en obtener una pequeña muestra de Hueso a través de la piel, utilizando una aguja fina, en la cresta iliaca posterior (cadera). Esta muestra posteriormente será estudiada en el departamento de patología. La extracción de la muestra se realiza, habitualmente, bajo los efectos de la anestesia local en el punto de la punción.

También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante.

POSIBLES RIESGOS:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- Hematoma superficial o profundo.
- Infección superficial o profunda.
- Dolor residual en la zona de punción.
- Limitación funcional.
- Fracaso en la obtención de la muestra.
- Reacciones alérgicas a medicamentos o al anestésico local.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

POR LO TANTO: Doy consentimiento para que se me realice la **Biopsia de Hueso** recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.

El Hospital Cayetano Heredia queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del médico, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.

Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de iniciarse el procedimiento; y que de no aceptar la **Biopsia de Hueso** propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.



Av. Honorio Delgado N° 262
Urb. Ingeniería - San Martín de Porres
Lima 31 - Perú
Teléfono: (511) 01 - 482 - 0402



PERU	MINISTERIO DE SALUD	DISA V LIMA CIUDAD HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
------	------------------------	---

"Año de la Integración Nacional y el
Reconocimiento de Nuestra Diversidad"

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Médico que informa o realizará el procedimiento: _____

He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del médico tratante y/o informante
CMP N°

2. He sido informado por parte del médico del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto. Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor o a consecuencia de mi imprudencia o la de mis familiares, el médico informante y/o tratante y el Hospital Cayetano Heredia se eximen de toda responsabilidad administrativa, civil o penal. Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que mi decisión es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente (o Huella digital)
DNI N°

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):

Sé que el paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
DNI N°
Parentesco:

Nombre y Firma del Testigo
DNI N°

4. REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____, a pesar de haber autorizado previamente la realización de una **Biopsia de Hueso**, decido de manera libre y voluntaria retirar mi consentimiento para que se realice el procedimiento, conociendo los riesgos posibles que tal decisión implica. Declaro que la decisión tomada no obedece a sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que mi decisión es LIBRE, VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente (o Huella digital)
DNI N°

Nombre y Firma del Testigo
DNI N°



Av. Honorio Delgado N° 262
Urb. Ingeniería – San Martín de Porres
Lima 31 – Perú
Teléfono: (511) 01 – 482 – 0402



IMPLANTE DE MARCAPASO DEFINITIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE UN MARCAPASO?

El ritmo del corazón es regulado por un sistema eléctrico intrínseco, que se encarga de determinar la frecuencia cardíaca y la sincronización de la contracción de las diversas cámaras del corazón en función de la actividad de las personas. Cuando el sistema eléctrico falla por un proceso degenerativo (envejecimiento) o por enfermedades propias del corazón, es necesario establecer la actividad eléctrica con un dispositivo permanente llamado **Marcapaso**. La falla en el sistema eléctrico produce arritmias que provocan agitación, mareos, desmayos y finalmente paro cardíaco. Un marcapaso consta de un generador de impulsos eléctricos que contiene una batería y uno o dos cables que conectan el generador de impulsos con las cavidades del corazón.

¿CÓMO SE IMPLANTA UN MARCAPASO?

El generador de impulsos eléctricos se implanta normalmente en el pecho, debajo de la piel, y el cable se introduce por una vena que pasa por esa zona y llega al corazón. La operación se hace con anestesia local, se visualiza el avance y ubicación del cable mediante un equipo de radiología en tiempo real; se suelen administrar antibióticos para prevenir las infecciones y puede ser necesario inyectar contraste radiológico para ver el trayecto que siguen las venas.

Durante al menos las primeras 24 horas, se debe guardar reposo en cama, para evitar que se produzca un hematoma en la herida operatoria o que el electrodo ubicado en el corazón se desplace de la ubicación correcta. Después de ese tiempo el paciente se podrá levantar, aunque será conveniente que en los próximos días evite hacer movimientos con el brazo próximo al lado en que lleva el marcapaso.

Aproximadamente a la semana se retiran los puntos de sutura y el paciente ya puede hacer una vida casi normal (con algunas restricciones para la manipulación de equipos electrónicos y/o magnéticos).

El marcapaso se alimenta por una batería interna. La duración de esta batería variar dependiendo entre otras cosas, del tipo de marcapaso y de las veces que tenga que estimular el corazón; la vida media está alrededor de los 8 años. Cuando se agota el generador hay que cambiarlo por otro similar mediante una nueva intervención, generalmente en el mismo lugar que la primera. Si el cable está en buen estado no hace falta sustituirlo, lo que facilita y acorta considerablemente el procedimiento.

¿QUÉ MOLESTIAS Y RIESGOS TIENE EL IMPLANTE DE UN MARCAPASO?

A pesar de que el implante se hace con anestesia local, en alguno momentos se puede sentir transitoriamente algo de dolor. En las horas y días que siguen al implante, se puede sentir una molestia en la zona donde está el marcapaso que termina por desaparecer con el tiempo. Raramente puede persistir indefinidamente alguna molestia leve. La incisión en la piel que se hace para la introducción del marcapaso, suele medir entre 5 y 8 centímetros, aunque en algunos casos puede ser necesaria ampliarla por dificultades técnicas. Normalmente esta cicatriza bien, aunque en algunos casos se pueden formar cicatrices gruesas poco estéticas.

Generalmente no se producen complicaciones, pero a veces (10%) puede ocurrir alguna de las siguientes: hemorragias durante el implante, hematomas, desplazamiento del cable desde su posición inicial, infecciones generales o de la herida quirúrgica, neumotórax, derrame pericardio, arritmia, paradas cardíacas, reacciones alérgicas a anestésicos locales o antibióticos, etc. Algunas de estas pueden requerir una intervención quirúrgica o poner en riesgo la vida del paciente. Se estima que el riesgo de muerte de un implante de marcapasos de forma programada es del 1% o menos. En los implantes realizados de emergencia, todos los riesgos mencionados son mayores.





DECLARACION DE FIRMAS:

Yo, _____ con DNI _____ y número de HC: _____, declaro que el médico me ha explicado qué es un Marcapaso, para qué sirve, cómo se implanta y sus potenciales beneficios. También me ha explicado las molestias del procedimiento, los riesgos existentes y las posibles complicaciones.

Después de hablar con el medico y leer el presente escrito declaro haber comprendido y estar satisfecho con la información recibida, y tras conocer los beneficios y riesgos del implante de un marcapaso definitivo; doy de forma libre y voluntaria mi consentimiento para que el equipo de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, me hagan dicho procedimiento.

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Nombre y apellido

Firma/ DNI

REPRESENTANTE LEGAL:

Declaro que el médico me ha explicado qué es un Marcapaso, para qué sirve, cómo se implanta y sus potenciales beneficios. También me ha explicado las molestias del procedimiento, los riesgos existentes y las posibles complicaciones.

Después de hablar con el medico y leer el presente escrito declaro haber comprendido y estar satisfecho con la información recibida, y tras conocer los beneficios y riesgos del implante de un marcapaso definitivo; doy de forma libre y voluntaria mi consentimiento para que el equipo de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, haga dicho procedimiento en mi familiar del cual soy responsable.

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Nombre y apellido

Firma/ DNI

MÉDICO:

He informado a este paciente y/o a su representante legal del propósito y naturaleza del implante de Marcapaso definitivo, así como sus beneficios, riesgos y alternativas.

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Nombre y apellido

CMP

Firma

• DENEGACIÓN/ REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con DNI _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO (tachase lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pudieran derivarse de esta decisión.

Motivo: _____

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Firma del paciente/ DNI

Firma de testigo / DNI



Médico responsable
de la información





PERICARDIOCENTESIS CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE LA PERICARDIOCENTESIS?

Es el uso de una aguja para extraer líquido del saco pericárdico, que es la membrana que rodea el corazón. Este procedimiento se puede utilizar para retirar líquido que lo esté comprimiendo o con el fin de evaluarlo para propósitos de diagnóstico.

¿CÓMO SE REALIZA LA PERICARDIOCENTESIS?

Se inserta una vía intravenosa si se requiere el suministro de líquidos o de medicamentos que puedan prevenir el reflejo vasovagal que produce bradicardia (latido cardíaco lento) e hipotensión (reducción de la presión sanguínea).

Se limpia y se aplica anestesia local en el lugar de la inserción, por debajo del esternón, luego se introduce una aguja de pericardiocentesis en el saco pericárdico, la cual se guía hasta el saco pericárdico. En algunos casos se utiliza el ecocardiograma para ayudar a colocar la aguja y controlar el procedimiento del drenaje.

Una vez que la aguja llega al saco pericárdico, se pasa una guía de alambre y se retira la aguja para reemplazarla por un catéter. Se extrae el líquido a través del catéter y se lo coloca en recipientes. Generalmente, se deja el catéter en su sitio para el drenaje continuo por varias horas.

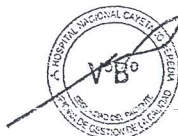
En algunos casos difíciles, puede ser necesario practicar una pericardiocentesis quirúrgica, procedimiento por medio del cual se drena el líquido a través de un método más invasivo que puede requerir anestesia adicional. Puede haber una sensación de presión al momento de entrar la aguja y algunas personas pueden sentir un dolor torácico pasajero que puede requerir el uso de analgésicos.

Si este examen es electivo, se solicita restringir el consumo de líquidos o alimentos sólidos durante seis horas antes del procedimiento. Además, el paciente debe firmar un formulario de consentimiento.

Este procedimiento usualmente se realiza para evaluar la causa de un derrame pericárdico (líquido en el saco pericárdico) recurrente o crónico. También se lo puede emplear como una medida de tratamiento para aliviar el taponamiento cardíaco (compresión del corazón debido a una acumulación de líquido dentro del saco pericárdico).

¿QUÉ MOLESTIAS Y RIESGOS TIENE LA PERICARDIOCENTESIS?

A pesar de que la pericardiocentesis se hace con anestesia local, en algunos momentos se puede sentir transitoriamente algo de dolor. En las horas y días que siguen al procedimiento, se puede sentir una molestia en la zona donde está la punción y que termina por desaparecer con el tiempo. Raramente puede persistir indefinidamente alguna molestia leve. La incisión en la piel que se hace para la pericardiocentesis, suele medir menos de 5 mm, aunque en algunos casos puede ser necesaria ampliarla por dificultades técnicas. Normalmente esta cicatriza bien, aunque en algunos casos se pueden formar cicatrices gruesas poco estéticas.





Generalmente no se producen complicaciones, pero a veces puede ocurrir alguna de las siguientes:

- Punción del miocardio (músculo cardíaco) o de una arteria coronaria (vasos sanguíneos que proporcionan sangre al músculo cardíaco)
 - Neumopericardio (entrada de aire al saco pericárdico)
 - Infarto de miocardio (ataque cardíaco)
 - Arritmias inducidas por agujas (latidos irregulares del corazón)
 - Infección (pericarditis)
- Punción del pulmón, hígado o estómago

DECLARACION DE FIRMAS:

Yo, _____ con DNI _____ y número de HC: _____, Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **Pericardiocentesis**.

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Nombre y apellido

Firma/ DNI





PERÚ

Ministerio
de Salud

NACIONAL
CAYETANO HEREDIA

Departamento de Medicina
Servicio de Cardiología

REPRESENTANTE LEGAL:

Declaro que el médico me ha explicado qué es un procedimiento de pericardiocentesis, para qué sirve, cómo se realiza y sus potenciales beneficios. También me ha explicado las molestias del procedimiento, los riesgos existentes y las posibles complicaciones.

Después de hablar con el médico y leer el presente escrito declaro haber comprendido y estar satisfecho con la información recibida, y tras conocer los beneficios y riesgos del implante de un marcapaso definitivo; doy de forma libre y voluntaria mi consentimiento para que el equipo de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, haga dicho procedimiento en mi familiar del cual soy responsable.

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Nombre y apellido

Firma/ DNI

MÉDICO:

He informado a este paciente y/o a su representante legal del propósito y naturaleza del procedimiento de pericardiocentesis, así como sus beneficios, riesgos y alternativas.

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Nombre y apellido

CMP

Firma

• **DENEGACIÓN/ REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Yo, _____, con DNI _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto de pericardiocentesis, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO (tachase lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pudieran derivarse de esta decisión.

Motivo: _____

San Martín de Porres, _____ de _____ de 20____

Firma del paciente/ DNI

Firma de testigo / DNI

Médico responsable
de la información



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA TIROIDEA
CON AGUJA FINA (BAAF DE TIROIDES)

N. CL: Fecha:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Yo,....., de..... años de edad, identificado con DNI (), pasaporte (), carné de extranjería () N° en calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud declaro:

Haber sido informada/o satisfactoriamente llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla, respeto al procedimiento de **BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (BAAF) DE TIROIDES**, el cual se me ha propuesto como mejor alternativa diagnóstica.

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La BAAF DE TIROIDES es un procedimiento que consiste en obtener una pequeña muestra de tejido de la tiroides, a través de la piel, utilizando una aguja delgada. De esta muestra se podrán realizar estudios para poder determinar la naturaleza de mi enfermedad.

POSIBLES RIESGOS

A pesar de la adecuada realización del procedimiento, pueden presentarse efectos indeseables tanto los derivados de la condición y enfermedades propias del paciente (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, obesidad), así como los del propio procedimiento:

- 1.- Hematoma en la zona de punción (colección de sangre)
- 2.- Infección en la zona de punción
- 3.- Dolor en la zona, posterior a la punción
- 4.- Fracaso en la obtención de muestra de tejido
- 5.- Lesión de órganos, vasos sanguíneos u otros circundantes.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (analgésicos, sueros, etc), pero en muy raros casos requerirían hospitalización. Ningún tipo de procedimiento está libre de complicaciones, incluyendo el riesgo de mortalidad, pero estos son de muy baja probabilidad.



POR LO TANTO: manifiesto en forma libre y voluntaria mi consentimiento para que se me realice el procedimiento de BAAF DE TIROIDES, teniendo conocimiento de las indicaciones, método y potenciales complicaciones de este.

Bajo estos términos, el personal de salud del Hospital Nacional Cayetano Heredia quedan expresamente autorizados a realizar conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida que amenace mi vida y mi integridad, librándose de toda responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas necesarias en caso de buscar preservar mi vida ó mi salud.

Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento incluso luego de haberlo firmado y en cualquier momento antes de la realización del procedimiento; conducta que no restringirá continuar mi tratamiento en esta institución.

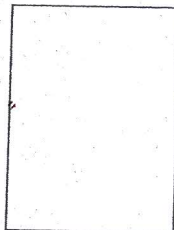
DECLARACIONES Y FIRMAS

Firma y Huella del Paciente ó

Representante Legal

Nombre _____

DNI _____



Firma del Médico

Nombre _____

CMP _____

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades y a pesar de haber recibido información adicional de la necesidad de que se me practique el procedimiento propuesto, revoco mi consentimiento asumiendo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Firma y Huella del Paciente ó

Representante Legal

Nombre _____

DNI _____



Firma del Médico

Nombre _____

CMP _____

