



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 10 de Mayo del 2013

Visto el Memorando Nº 319-OGC-2013-HNCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, sobre aprobación de Formatos de Consentimiento Informado enviados por el Servicio de Neumología del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Memorando Nº 319-OGC-201-32-HNCH, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad envía los Formatos de Consentimiento Informado del Servicio de Neumología del Departamento de Medicina para: Fibrobroncoscopia y para Biopsia de Pulmón;

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° 293-2013-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 1°.- APROBAR los Formatos de Consentimiento Informado para: Fibrobroncoscopía y para Biopsia de Pulmón, enviados por el Servicio de Neumología del 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 2°.- El cumplimiento de los Formatos de Consentimiento Informado indicados en el párrafo precedente, será de responsabilidad del Jefe del Departamento de Medicina.

Artículo 3°.- 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
[Signature]
D. QUIS 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"
13 MAR 2013
[Signature]
EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
SECRETARIO TITULAR
TRAMITE INTERNO



SERVICIO DE NEUMOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FIBROBRONCOSPIA

Yo, Don (Doña) _____ identificado (a) con DNI N° _____ y con HC N°: _____ En mi calidad de Paciente () Representante Legal del Paciente () declaro haber sostenido una reunión con el (los) medico (s) tratantes (s), Dr. (es) _____ donde me informaron sobre mi (su) estado de salud, los riesgos reales y potenciales que se puedan presentar, siendo necesario los estudios diagnósticos para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento que requiero en cumplimiento de la ley 26842 ley General de Salud.

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 realizar una broncoscopia como mejor alternativa de diagnostico. He comprendido la naturaleza y propósito de la broncoscopia. He tenido oportunidad de aclarar todas mis dudas y soy conciente que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda del procedimiento.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, mi riesgo en la broncoscopia aumentara, declaro que todos los datos otorgados a los médicos del Hospital Cayetano Heredia sobre mis antecedentes de salud, son exactos y sin omisión.

Entiendo que el Neumólogo empleara todos los medios disponibles a su alcance buscando seguridad para mí durante la broncoscopia al igual que todos los medios técnicos para intentar solucionar cualquier complicación. Soy conciente que no existen garantías absoluta, de diagnostico o de resultado, con el procedimiento y me han explicado los riesgos que podrían ocurrir.

INFORMACION GENERAL

La broncoscopia es un procedimiento diagnostico y/o terapéutico que consiste en una exploración visual del interior de la traquea y de los bronquios. El tipo de anestesia o sedación será indicado por el Neumólogo y/o por el anestesiólogo. Durante o después de la intervención puede ser necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante.

El estomago debe estar vacío, por lo que no debo tomar alimentos sólidos, en las cuatro horas previas a la exploración. Deberá retirarse gafas y dentadura postiza si las usa. Deberá acudir acompañado de un adulto. En caso necesario, podría ser hospitalizado.

Después del procedimiento no podrá ingerir bebidas ni alimentos al menos por tres horas, si se le administro algún sedante, no puede conducir ni realizar tareas peligrosas.

Si fuese necesario acepto la colocación de sedantes. Autorizo a que se realice bloqueo laríngeo y/o traqueo bronquial así como anestesia tópica

Para realizar la broncoscopia hay que introducirle una sonda flexible a través de la nariz o boca. En el curso de la exploración puede ser necesario realizar procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (tomar pequeñas muestras de tejido o biopsias, para analizarla al microscopio, citología y toma de cultivo) como terapéuticos (aspiración de secreciones, electrocoagulación, fotocoagulación, dilatación, esclerosis, lavado broncoalveolar, colocación de prótesis, catéteres, tubo endotraqueal o aplicación de determinadas sustancias).

POSIBLES RIESGOS:

Aun con la técnica correcta, pueden presentarse efectos indeseables, por el procedimiento y los factores de riesgo que puedo presentar (cardiopatía, arritmia, diabetes, trastornos de coagulación y otros):

- a) Fiebre.
- b) Reacciones medicamentosas.
- c) Hipotensión.
- d) Edema laríngeo, broncoespasmo, laringoespasmo.
- e) Hemorragia.
- f) Neumotórax por perforación de pulmón.
- g) Dolor.
- h) Arritmia.
- i) Infección.
- j) Paro cardiorrespiratorio.

Estas complicaciones se pueden regularizar con tratamiento medico (medicamentos, sueros, etc.) pero podrían llegar a requerir algún procedimiento adicional, en algunos casos de emergencia.

Ningún procedimiento esta exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad.

De otro lado autorizo que se fotografíe, filme o registre de alguna u otra manera el procedimiento, para ser realizada con fines médicos docentes y de investigación siempre que se garantice la confidencialidad de la identidad del paciente.





ACTA DE CONSENTIMIENTO

Consiento que se me realice la broncoscopia y se fotografíe o filme el procedimiento. Habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

En cualquier caso desco que se respeten las siguientes condiciones (de no haberlas ninguna)

El Hospital Cayetano Heredia queda expresamente autorizada, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida que, a juicio del medico, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la aplicación de la técnica medica 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 aun después de haberlo firmado, e inclusive cualquier momento antes de iniciarse el procedimiento; de no aceptar la broncoscopia propuesta, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Medico que informa o realizara el procedimiento: He informado al paciente el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se espera.

Firma y Sello del medico tratante y/o informante CMP.

He sido informado por parte del medico del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se puedan obtenga mi consentimiento al procedimiento propuesto.

Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad medica es el ejercicio de una actividad riesgosa como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza o a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el medico informante y/o tratante 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 de l medico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE, VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente Hora: Doc. Identidad: Fecha:

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

Se que el paciente ha sido incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se administra y para que sirve este acto quirúrgico; 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 Doc. Identidad: Parentesco:

Nombre y Firma del Testigo Doc. Identidad:

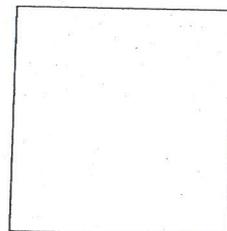




REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado con DNI N° _____ 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 que implica la decisión de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) medico (s) tratante (s) declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento llamado FIBROBRONCOSCOPIA, 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.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre del Paciente o _____
Representante Legal _____
Doc. Identidad _____
Fecha: _____
Hora: _____





ERVICIO DE NEUMOLOGIA

CONSENTIMIENTO PARA BIOPSIA DE PULMON

Yo, Don (Doña) _____ identificado (a) con DNI N° _____ y con HC N°: _____ En mi calidad de Paciente () Representante Legal del Paciente () declaro haber sostenido una reunión con el (los) medico (s) tratantes (s), Dr. (es) _____ donde me informaron sobre mi (su) estado de salud, los riesgos reales y potenciales que se puedan presentar, siendo necesario los estudios diagnósticos para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento que requiero en cumplimiento de la ley 26842 ley General de Salud.

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 realizar una Biopsia de Pulmón (BIPA) como mejor alternativa de diagnóstico. He comprendido la naturaleza y propósito de la biopsia de pulmón. He tenido oportunidad de aclarar todas mis dudas y soy conciente que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda del procedimiento.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, mi riesgo en la biopsia de pulmón aumentara, declaro que todos los datos otorgados a los médicos del Hospital Cayetano Heredia sobre mis antecedentes de salud, son exactos y sin omisión.

Entiendo que el Neumólogo empleara todos los medios disponibles a su alcance buscando seguridad para mí durante la biopsia de pulmón al igual que todos los medios técnicos para intentar solucionar cualquier complicación. Soy conciente que no existen garantías absoluta, de diagnóstico o de resultado, con el procedimiento y me han explicado los riesgos que podría ocurrir.

INFORMACION GENERAL

La biopsia de pulmón persigue la toma de muestra en la lesión pulmonar para la realización de exámenes para identificar la causa por el estudio anatomopatológico.

Generalmente se indica cuando se han agotado otros procedimientos diagnósticos previos o bien cuando estos no son factibles por algún motivo. Debo entender que la biopsia de pulmón es un procedimiento diagnóstico y no supone un tratamiento de su enfermedad en si misma. El tipo de anestesia será local. Es posible que durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. 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.

La biopsia de pulmón consiste en la obtención de uno o varios fragmentos pulmonares para posibilitar sus estudios histológicos y llegar a un diagnóstico. Se lleva a cabo generalmente por punción con aguja guiada por imágenes.

POSIBLES RIESGOS

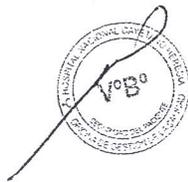
A pesar de usar la técnica correcta, pueden presentarse efectos indeseables, por el procedimiento y los factores de riesgo que puedo presentar (cardiopatía, arritmia, diabetes, trastornos de coagulación y edad):

- a) Neumotórax por perforación del pulmón.
- b) Infección
- c) Hemorragia o hemoptisis que generalmente se controla, excepcionalmente puede precisar la realización de una toracotomía (apertura quirúrgica del tórax) para controlarla.
- d) Reacciones alérgicas a medicamentos o anestésico local.
- e) Arritmia.
- f) Menos frecuente embolia pulmonar (obstrucción de las arterias pulmonares por coágulos de sangre).
- g) Dolor.
- h) Fracaso en la obtención de muestra
- i) Paro cardiorrespiratorio.

Algunas complicaciones se resuelven con tratamiento medico (medicamentos, sueros, etc.); pero podrían llegar a requerir un intervención adicional, en algunos casos de emergencia.

Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad.

De otro lado autorizo que se fotografíe, filme o registre de alguna u otra manera el procedimiento, para ser realizada con fines médicos docentes y de investigación siempre que se garantice la confidencialidad de la identidad del paciente.





ACTA DE CONSENTIMIENTO

Consiento que se me realice la broncoscopia y se fotografíe o filme el procedimiento. Habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna)

El Hospital Cayetano Heredia queda expresamente autorizada, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida que, a juicio del medico, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la aplicación de la técnica medica 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 aun después de haberlo firmado, e inclusive cualquier momento antes de iniciarse el procedimiento; de no aceptar la biopsia de pulmón propuesta, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

DECLARACIONES Y FIRMAS

El Medico que informa; realizará el procedimiento:

He informado al paciente el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se espera.

Firma y Sello del medico tratante y/o informante CMP.

He sido informado por parte del medico del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultado que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.

Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad medica es el ejercicio de una actividad riesgosa como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza o a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el medico informante y/o tratante 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 de l medico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE, VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente Hora:
Doc. Identidad: Fecha:

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

Se que el paciente ha sido incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El medico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se administra y para que sirve este acto quirúrgico; 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
Doc. Identidad:
Parentesco:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:





REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado con DNI N° _____ 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 que implica la decisión de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) medico (s) tratante (s) declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento llamado BIOPSIA DE PULMON, 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.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre del Paciente o _____

Representante Legal _____

Doc. Identidad _____

Fecha: _____

Hora: _____

