



## RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 14 SET. 2023

**VISTO:** El Memorando N°755-2023-DPTO.MEDICINA-HNSEB;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante el documento del visto, la jefatura del Departamento de Medicina solicita a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad la aprobación de formatos propuestos por el Médico Oncólogo mediante el Memorando N°030-2023, adjuntando cuatro formatos denominados: Formato 1 Registro de Atención y Monitoreo de Enfermería – Quimioterapia, Formato 2 Registro de Enfermería – Quimioterapia, Formato 3 Registro Diario de Atención de Enfermería y Formato 4 Consentimiento Informado;

Que, con Nota Informativa N°156-2023-OEPE-HNSEB, de fecha 21 de julio del 2023, la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, señala que los mencionados formatos han sido revisados por el Equipo de Trabajo de Organización y por el Comité de Historias Clínicas y son para el seguimiento y desarrollo de prestaciones altamente especializadas, dando su aprobación técnica favorable e inclusión en la Historia Clínica;

Que, siendo la Historia Clínica un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente y donde se mencionan todos los procesos a los que ha sido sometido, este documento forma parte importante en la atención adecuada e integral del paciente, se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el hospital o en el centro de atención primaria, o en un consultorio médico;

Que, estando normado el manejo de las Historias Clínicas por medio de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada mediante R.M. N°214-2018/MINSA, modificada mediante R.M. 265-2018/MINSA, para la Gestión de la Historia Clínica que tiene la finalidad contribuir en el mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, mediante un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas; así como, en la protección de los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sector Salud;

Que, en el numeral 5.2 de la Norma Técnica se hace referencia a los Formatos Básicos con la que debe contar una Historia Clínica, entre ellas están 1) Formatos en Consulta Externa, 2) Formatos en Emergencia, 3) Formatos en Hospitalización y 4) Ficha familiar; y en el numeral 5.2.2. se establecen los Formatos Especiales con las que debe contar una Historia Clínica, entre ellas los Formatos de Filiación, las Notas de Enfermería, la Hoja de Control de Medicamentos u Hoja de Control Visible, la hoja Gráfica de Signos Vitales, la Hoja de Balance Hidroelectrolítico y el Formato de Interconsulta;

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N°26842 - Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, y que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado;

Que, teniendo en cuenta la opinión técnica favorable del Comité de Gestión de Historias Clínicas, así como con la opinión técnica favorable del Equipo de Trabajo de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la opinión de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital



Nacional Sergio E. Bernales quien mediante Informe N°148-2023-OAJ-HNSEB, de fecha 07 de setiembre del 2023, solicita su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, el inciso b) del Artículo 37° del Reglamento de la Ley de establecimientos de salud, aprobado mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA, establece que son funciones del director o el responsable de la atención de salud asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses Institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la Institución, resulta necesario aprobar los Formatos 1,2,3 y 4 solicitados por el Médico Oncólogo del Departamento de Medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales e insertarlos en la Historia Clínica;

De conformidad y en uso de las facultades conferidas en el Artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 795-2003-SA/DM y sus modificatorias mediante Resolución Ministerial N° 512-2004-MINSA, Resolución Ministerial N° 343-2007-MINSA y Resolución Ministerial N° 124-2008-MINSA-2008-MINSA, y con el visto bueno de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Sergio E. Bernales.

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.** - **APROBAR** los Formatos 1, 2, 3 y 4 que forma parte de la presente Resolución que deberá insertarse en la Historia Clínica:

1. Formato 1 Registro de Atención y Monitoreo de Enfermería – Quimioterapia
2. Formato 2 Registro de Enfermería – Quimioterapia
3. Formato 3 Registro Diario de Atención de Enfermería
4. Formato 4 Consentimiento Informado

**Artículo 2°.** - **ENCARGAR** a la Jefatura del Departamento de Medicina proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento.

**Artículo 3°.** - **DISPONER** a la Jefatura de la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

**Regístrese, Comuníquese, Publíquese y Archívese**

 **MINISTERIO DE SALUD**  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

  
M.C. JORGE ARTURO FLORES DEL POZO  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. N° 21355 - RNE 9064 / 22864

**DISTRIBUCION:**

- ( ) Dirección General
  - ( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
  - ( ) Oficina de Asesoría Jurídica
  - ( ) Departamento de Medicina
  - ( ) Comité de Gestión de Historias Clínicas
  - ( ) Archivo.
- JFDP/RVTC/sac



UNIDAD DE ONCOLOGIA – QUIMIOTERAPIA

REGISTRO DE ATENCION Y MONITOREO DE ENFERMERIA - QUIMIOTERAPIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO F M

ESQUEMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HC \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_ CIE10 \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_

Hr. INICIO \_\_\_\_\_ Hr. TERMINO \_\_\_\_\_

	HORA	P/A	PULSO	RESPIRACION	TEMPERATURA	SO2
HORA INICIO						
HORA FINAL						

VIAS DE ACCESO	VIA PERIFERICA <input type="checkbox"/>	CAT. VENOSO CENTRAL <input type="checkbox"/>	PORT-A-CATH <input type="checkbox"/>
----------------	---	--	--------------------------------------

CITOSTATICOS - DOSIS

---

---

---

---

---

---

---

---

EVALUACION DE PACIENTE POST QUIMIOTERAPIA

---

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVACIONES (EN CASO DE INTERCURRENCIAS)

	HORA	P/A	PULSO	RESPIRACION	TEMPERATURA	SO2
HORA INICIO						
HORA FINAL						

---

---

---

---

---

---

---

---



1

-----  
MEDICO

-----  
ENFERMERA



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernales

UNIDAD DE ONCOLOGIA – QUIMIOTERAPIA

REGISTRO DE ENFERMERIA – QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO  F  M

EDAD \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ HCL \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_ ESQUEMA \_\_\_\_\_

CIE10 \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ LIC. ENFERMERIA \_\_\_\_\_

CITOSTATICOS	Dosis	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA



.....

MEDICO ONCOLOGO RESPONSABLE

2

.....

ENFERMERA ONCOLOGA RESPONSABLE





## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

YO.....de .....de edad  
identificado con DNI N°..... con HC N°..... Declaro que el  
medico..... me ha explicado que  
diagnóstico:..... debe ser  
tratado con esquema .....

Mediante la aplicación de la quimioterapia se espera la posibilidad de recaída de la  
enfermedad o disminuir la progresión de esta en caso de presentarla de manera activa.  
Mejoría de los síntomas de la enfermedad y / o calidad de vida.

### Efectos adversos

- **Generales:** cansancio, malestar, decaimiento, pérdida o ganancia de peso. Dolores difusos. Fiebre. Infecciones (con o sin bajada de defensas). Hemorragias. Caída del cabello y/o vello corporal.
- **Cutáneos:** dermatitis, descamación, enrojecimiento, aparición de manchas, agrietamiento de las palmas y plantas, alteraciones de las uñas.
- **Alérgicos:** broncoespasmo ("pitos" en el pecho, con o sin dificultad para respirar), manchas cutáneas, caída de tensión.
- **Óticos:** ruidos en los oídos, disminución de la audición.
- **Oculares:** conjuntivitis, lagrimeo, sensación de arenilla en el ojo, pérdida de agudeza visual.
- **Neurológicos:** confusión, letargo, adormecimiento, disminución del nivel de consciencia, coma, alucinaciones, convulsiones. Pérdida de sensibilidad o de fuerza, disminución o desaparición de los reflejos osteotendinosos (reflejos musculares). Disestesias (sensación de hormigueos). Estreñimiento.
- **Tracto digestivo:** alteraciones del gusto y del olfato, náuseas, vómitos, mucositis ("llagas" en la cavidad oral y/o esófago), gastritis, úlceras, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal. Hemorragias digestivas.
- **Hepáticos:** alteraciones de los enzimas (análisis) hepáticos, hepatitis, insuficiencia hepática.
- **Cardíacos:** arritmias (alteraciones del ritmo cardiaco), dolor por afectación del pericardio (membrana que recubre el corazón), angina y/o infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca.
- **Vasculares:** estenosis (estrechez) y debilidad de las venas donde se administra la quimioterapia. Extravasaciones o salida de la quimioterapia fuera de las venas, con paso a los tejidos de alrededor, que pueden inflamarse o incluso degradarse, siendo necesario en ocasiones realizar cirugía plástica para reparar la posible afectación.
- **Genitourinarios:** disminución de la función renal, cistitis (inflamación de la vejiga) con o sin eliminación de sangre por la orina. Desaparición de la menstruación, sequedad de la mucosa vaginal, impotencia, disminución de la libido, esterilidad. Abortos o malformaciones si se recibe durante el embarazo.
- **Osteoarticulares:** dolores osteoarticulares, dolores musculares, inflamación de las articulaciones.



- Hematológicos: anemia, leucopenia y neutropenia (bajada de las “defensas” de la sangre), con o sin infección acompañante. Trombopenia (bajada las plaquetas) con o sin hemorragias. Según el grado de anemia o trombopenia puede ser necesario administrar transfusiones.

- Otros.....

En su caso:

✚ MANIFIESTO QUE HE COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES REALIZADAS POR EL MÉDICO LAS CUALES HAN SIDO HECHAS EN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO ACLARANDO TODAS LAS DUDAS PLANTEADAS.

✚ EN PLENO USO DE MI FACULTAD MENTAL EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA Y SATISFECHO DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA PROCEDO A FIRMAR EL PRESENTE CONSENTIMIENTO.

AUTORIZO SE REALIZA EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA ADECUADO PARA MÍ.

**MÉDICO INFORMANTE:**

MÉDICO..... FECHA .....

CMP.....RNE..... FIRMA Y SELLO.....

DOY MI CONSENTIMIENTO:

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

DNI: ..... FIRMA:.....



HUELLA DIGITAL

TESTIGO FAMILIAR RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS: .....



**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Revoco el consentimiento firmado en la fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento a mi persona, familiar directo ..... que doy con esta fecha finalizado.

Nombre: ..... Médico: .....

Firma: .....

Comas.....