



DECENIO DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD "Año de la Consolidación del Mar de Grau"

N° 297 -2016-INSN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 01 de Julio del 2016



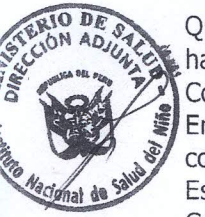
Visto el Expediente con Registro N° 01822-2016 y el Memorando N° 1509-DEIDAM-INSN-2015, de fecha 07 de Diciembre del 2015; con el cual la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y Adolescente aprueba el formato de Consentimiento Informado para Gonadectomía Profiláctica, elaborado por el Servicio de Endocrinología del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Medicina Pediátrica, y solicita su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente;



CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Que en el artículo 15° inciso h, se menciona que toda persona usuaria de los servicios de salud tiene derecho " A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste " ;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA se aprueba la NTS N° 022-MINSA/DGSP.V.02: Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del sector público y privado para la gestión de la Historia Clínica;



Que, con Memorando N° 0048-OGC-INSN-2015, el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño el formato de Consentimiento Informado para Gonadectomía Profiláctica, elaborado por el Servicio de Endocrinología del Departamento de Investigación Docencia y Atención en Medicina Pediátrica contando con la opinión favorable de la Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y Adolescente, la Dirección Adjunta y la Oficina de Gestión de la Calidad, para su opinión y aprobación con Resolución Directoral; y

Que, mediante Memorando N° 93-DG-INSN-2016, de fecha 25 de Enero del 2016, la Dirección General dispone la proyección de la Resolución Directoral que aprueba el formato de Consentimiento Informado para Gonadectomía Profiláctica, y

En uso de las atribuciones conferidas en el Manual de Organización y Funciones aprobada por Resolución Directoral N° 051-DG-INSN-2011;



Con la Visación de la Dirección Adjunta con Memorando N°37-DA-INSN-2016, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y Adolescente, Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el formato de Consentimiento Informado para Gonadectomía Profiláctica, elaborado por el Servicio de Endocrinología del Departamento de Investigación Docencia y Atención en Medicina Pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño

Official stamp and signature block containing the date 15 SEP 2016, the number 1139, and the name Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA, C.T.S.P.N. N° 14651, FEDATARIA.



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

DECENIO DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

**Artículo Segundo.-** El formato de Consentimiento para Gonadectomía Profiláctica ,será publicado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Regístrese y Comuníquese.**

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
*[Signature]*  
DR. ALEJONSO JUAN TAPIA BAUTISTA  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

**DISTRIBUCIÓN:**

- DG
- DA
- DEIDAT
- DEIDAM
- DEIDAC
- OGC
- Jefatura de Departamento DIDAP
- Of. Comunicaciones
- UG

	PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA
--	------	---------------------	--	--

**CERTIFICO:** Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

15 SEP 2016

1139 *[Signature]*  
LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA  
C.T.S.P. N° 14651  
FEDATARIA

Reg. N° \_\_\_\_\_







SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GONADECTOMIA PROFILACTICA

Yo, Sr. (a)....., de .....años, identificado con el Documento Nacional de Identidad/Pasaporte/Carnet de Extranjería Numero....., representante legal/Padre/Madre/Hermano (a)/otro....., del paciente....., de.....años, con Documento Nacional de Identidad/Pasaporte/Carnet de Extranjería Numero....., con Historia Clínica Numero .....

DECLARO que el Dr./ la Dra....., con CMP Numero..... me ha explicado que en casos de pacientes con Diagnostico de Síndrome de Turner - portadora de Gen SRY, es pertinente el tratamiento quirúrgico profiláctico consistente en GONADECTOMIA por riesgo de malignidad. Declaro haber sido informada(o) sobre los objetivos de a intervención y sus características, por lo tanto he decidido AUTORIZAR el procedimiento; ya que se me ha dado a conocer y explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente:

- A. La condición de Síndrome de Turner portadora de Gen SRY
B. Que la presencia del cromosoma Y, y el Gen SRY en pacientes con Síndrome de Turner representa un riesgo incrementado (15-30%) de desarrollar GONADOBLASTOMA o DISGERMINOMA
C. Que el Gonadoblastoma es un tumor de los ovarios no bien formados, con una aparición variable en edad, y un considerable potencial maligno, y los disgerminomas y otros tumores malignos de las células germinales pueden surgir dentro del gonadoblastoma.
D. La alternativa de tratamiento profiláctico para el cuadro diagnóstico, con sus variantes técnicas, y las ventajas y desventajas que cada una de estas tienen desde un punto de vista general y para el presente caso en particular.
E. Que entre las alternativas a mi elección también está el no someterme a tratamiento alguno
F. Los beneficios y limitaciones que se describen para las alternativas de tratamiento analizadas.
G. Que todo procedimiento quirúrgico tiene implícito en su ejecución RIESGOS Y/O COMPLICACIONES; incluso algunos asociados a la técnica de sedación y/o anestesia que se debe utilizar, todos los cuales a pesar de todas las medidas y cuidados adoptados por el equipo médico, son inevitables en su ocurrencia, como por ejemplo, problemas cardiovasculares, afecciones pulmonares y/o respiratorias, infecciones, compromisos o daño neurológico, hemorragias, reacciones alérgicas, trombosis y otros tales como el riesgo de mortalidad que suceden en un bajo porcentaje de los casos; y aquellos que limitan la posibilidad de lograr los beneficios profilácticos asociados al tratamiento ( hematomas, sangrados, infección a nivel superficial y profundo o sistémico, lesión de estructuras vasculares y/o nerviosas, pérdida de sensibilidad de zona operada, desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides o pigmentadas, necrosis de piel, fibrosis, irregularidades superficiales, compromiso y/o daño neurológico, compromiso pulmonar y/o respiratorio, lesión sobre órganos, dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias y otros).

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello manifiesto que he comprendido la información recibida y el alcance y los riesgos del tratamiento.

Declaro haber entregado al médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada al estado de salud e historia clínica. CONSIENTO que se realice el tratamiento quirúrgico y/u otros procedimientos invasivos necesarios.

Lima, ..... (Lugar y fecha)

Nombre Paciente Nombre Representante Legal Firma

Nombre del Médico Informante CMP

Official stamp and signature block containing: PERÚ, MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Y EIM, CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado, 15 SEP 2015, Reg. N° 1139, Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA, C.T.S. PL. N° 2651, FEDATARIA.

Revocatoria de Consentimiento Informado:

Nombres y Apellidos del Padre o Tutor Legal del paciente Firma Huella Digital
MINISTERIO NACIONAL DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Y EIM
Dr. CARLOS DEL AGUILA VILLAR
Jefe del Servicio de Endocrinología
R.M.N. 7987
Dr. HUGO H. ABARCA BARRIGA
Dr. JORGE CORIMANVA RIVERA