



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 26 de noviembre de 2019

Visto, el Exp. N°26642-2019 con el Oficio N°224-2019-DDI-HCH, del Departamento de Diagnóstico por Imágenes y el Informe Técnico N°100-OGC-HCH-2019, de la Oficina de Gestión de la Calidad sobre aprobación de formatos Consentimientos Informados del Departamento de Diagnóstico por Imágenes, y;

CONSIDERANDO:

Que, con el Oficio N°224-2019-DDI-HCH, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes solicita la revisión y aprobación de los siguientes formatos: de Consentimientos Informados para Biopsia de Mama Bajo Guía Ecográfica (Biopsia Core), Consentimiento Informado para Marcación de Lesión Solida Mamaria con Azul de Metileno, Consentimiento Informado para Punción Aspiración con Aguja Fina Bajo Guía Ecográfica de Lesión Mamaria, Consentimiento Informado para Localización por Arpón de Lesiones en la Mama Bajo Guía Mamografica, Consentimiento Informado para Punción Aspiración con Aguja Fina Bajo Guía Ecográfica de Ganglio Axilar, Consentimiento Informado para Punción Aspiración con Aguja Fina Bajo Guía Ecográfica de Nodulo Tiroideo o Ganglio Cervical, Consentimiento Informado para Drenaje de Colección / Absceso, Consentimiento Informado para Drenaje Biliar Externo, Consentimiento Informado para Nefrostomía;

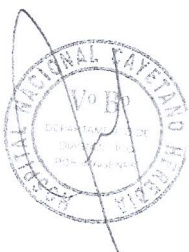
Que, la Oficina de Gestión de la Calidad con el Informe Técnico N°100-OGC-2018-HCH, concluye que los formatos de consentimientos Informados, son viables su implementación ya que se trata de procedimientos, diagnósticos que pueden afectar la integridad de la persona, por lo que es necesario que el usuario se encuentre debidamente informado para realizar determinados procedimientos;

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud 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, 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;

Que, mediante la Ley N° 29414, se modifica el artículo 15° de la Ley N°26842, Ley General de Salud, estableciendo en el numeral 15.4 inciso a) lo siguiente: Toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el tratamiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones: inciso a.1): En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción;

Que, el artículo 23° de la norma citada en el párrafo precedente, indica que 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 vicie 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;



Que, mediante la Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, se aprobó el Documento Técnico NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica;

Que, estando a lo solicitado por el Jefe del Departamento de Diagnostico por Imágenes, el Informe Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina Asesoría Jurídica en el Informe N°1238-2019-OAJ/HCH;

Con el visto de las Jefaturas del Departamento de Diagnostico por Imágenes y, de las Oficinas de Gestión de la Calidad, Asesoría Jurídica;

De conformidad, con lo dispuesto 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 los formatos de **Consentimiento Informado** del Departamento de Diagnostico por Imágenes del Hospital Cayetano Heredia que a continuación se detallan, los mismos se adjuntan y forman parte integrante de la presente resolución:

- Consentimiento Informado para **BIOPSIA DE MAMA BAJO GUÍA ECOGRAFICA (BIOPSIA CORE)**
- Consentimiento Informado para **MARCACIÓN DE LESIÓN SOLIDA MAMARIA CON AZUL DE METILENO.**
- Consentimiento Informado para **PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA BAJO GUÍA ECOGRAFICA DE LESIÓN MAMARIA.**
- Consentimiento Informado para **LOCALIZACION POR ARPON DE LESIONES EN LA MAMA BAJO GUÍA MAMOGRAFICA.**
- Consentimiento Informado para **PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA BAJO GUÍA ECOGRAFICA DE GANGLIO AXILAR.**
- Consentimiento Informado para **PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA BAJO GUÍA ECOGRAFICA DE NODULO TIROIDEO O GANGLIO CERVICAL.**
- Consentimiento Informado para **DRENAJE DE COLECCIÓN / ABSCESO**
- Consentimiento Informado para **DRENAJE BILIAR EXTERNO**
- Consentimiento Informado para **NEFROSTOMIA**

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Diagnostico por Imágenes del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de los formatos de Consentimiento Informado aprobados.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transparencia estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y Comuníquese.

ACRPR/BIC/PDRG/pdrg
DDI
OAJ
OGC
OCOM

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9924

CERTIFICADO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
26 NOV. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Quespe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano HerediaHOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA DE MAMA BAJO GUIA ECOGRAFICA (BIOPSIA CORE)**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información:

Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda de evolución diagnóstica en las diferentes enfermedades.

Beneficios:

Procedimiento mínimamente invasivo que no deja cicatrices en la mama, con el cual se determinará un diagnóstico histológico antes de realizar una intervención quirúrgica y se puede realizar estudios de receptores hormonales.

Adicionalmente permitirá al cirujano una mejor planificación quirúrgica al tener un resultado histológico previo.

Procedimiento:

La intervención puede precisar de anestesia local, que será valorada por el servicio competente.

La biopsia percutánea de mama bajo guía ecográfica es un procedimiento mínimamente invasivo, por el cual se obtienen muestras parciales de nódulos sólidos vistos por ecografías, obteniéndose muestras histológicas, las que se enviarán a patología para su análisis.

Riesgos:

Equimosis significativa más de 5 cm (4.3%), hematoma (1%), hematoma que requiere drenaje (0.2%), infecciones locales (0.1%), dolor (5.4%), material insuficiente.

Contraindicaciones:

Son relativas: pacientes que ingieren fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina) o anticoagulante (warfarina, heparina), enfermedades que alteran la coagulación, alergia a la anestesia local, profundidad de la lesión, falta de cooperación del paciente.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha(o) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado **BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA BAJO GUIA ECOGRAFICA**.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Huella digital _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____

REVOCATORIA

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima, _____ de _____ de 20 _____.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano HerediaHOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MARCACION DE LESION SOLIDA MAMARIA CON AZUL DE METILENO**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información:

Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda de evolución diagnóstica en las diferentes enfermedades.

Beneficios:

Con la marcación de la lesión sólida mamaria con azul de metileno permitirá la ubicación de dicha lesión no palpable, facilitando su extirpación quirúrgica.

Procedimiento:

La marcación de lesión sólida mamaria con azul de metileno es un método radiológico que consiste en marcar de color azul, bajo guía ecográfica, la ubicación de una lesión mamaria, lo que permite al cirujano visualizar la lesión no palpable, facilitando su extirpación quirúrgica.

Riesgos:

Las complicaciones son: hematoma (1%), infecciones locales (0.1%), dolor (5.4%).

Contraindicaciones:

Son relativas: pacientes que ingieren fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina) o anticoagulante (warfarina, heparina), enfermedades que alteren la coagulación, falta de cooperación del paciente.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley Nº 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha(o) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado **MARCACION DE LESION SOLIDA MAMARIA CON AZUL DE METILENO**.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Huella digital

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____

**REVOCATORIA**

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA DE LESION

MAMARIA

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información:

Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda de evolución diagnóstica en las diferentes enfermedades.

Beneficios:

Con la punción aspiración con aguja fina bajo guía ecográfica de una lesión de la mama (nódulo solido o quiste complejo) permite obtener células de la lesión focal para realizar un análisis citológico.

Procedimiento:

La punción aspiración con aguja fina bajo guía ecográfica es un procedimiento mínimamente invasivo, por el cual se obtienen muestras de lesiones focales de la mama vistos por ecografía, obteniéndose muestras citológicas, las que se enviarán a patología para su análisis.

Riesgos:

Las complicaciones son: hematoma (1%), hematoma que requiere drenaje (0.2%), infecciones locales (0.1%), dolor (5.4%), material insuficiente.

Contraindicaciones:

Son relativas: pacientes que ingieren fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina) o anticoagulante (warfarina, heparina), enfermedades que alteran la coagulación, profundidad de la lesión, falta de cooperación del paciente.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha(o) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado **PUNCIÓN ASPIRACION CON AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA DE LESION MAMARIA**.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Huella digital

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

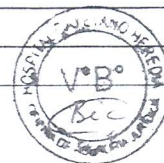
Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____



REVOCATORIA

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima, _____ de _____ de 20 ____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano HerediaHOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOCALIZACION POR ARPON DE LESIONES EN LA MAMA BAJO GUIA
MAMOGRAFICA**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información:

Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda de evolución diagnóstica en las diferentes enfermedades.

Beneficios:

Con la localización con arpón de lesiones en la mama bajo guía mamográfica permitirá localizar microcalcificaciones, asimetrías, o nódulos no palpables en la mama.

Procedimiento:

La localización con arpón es un procedimiento radiológico por el cual se introduce una guía con hilo metálico (arpón) en la mama, para localizar una lesión focal, previamente identificada con mamografía o ecografía o resonancia mamaria y ser extirpada por el cirujano en sala de operaciones, previa confirmación de la presencia de la lesión en una pieza operatoria.

Riesgos:

Las complicaciones son: equimosis significativa más de 5 cm (4.3%), reflejo vagal (<2%), hematoma (1%), hematoma que requiere drenaje (0.2%), infecciones locales (0.1%), dolor (5.4%), neumotórax, material insuficiente.

Contraindicaciones:

Son relativas: pacientes que ingieren fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina) o anticoagulante (warfarina, heparina), enfermedades que alteren la coagulación, falta de cooperación del paciente.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha(o) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado **LOCALIZACIÓN POR ARPON DE LESIONES EN LA MAMA BAJO GUIA MAMOGRAFICA**.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Huella digital

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____

**REVOCATORIA**

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA DE GANGLIO
AXILAR**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información:

Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda de evolución diagnóstica en las diferentes enfermedades.

Beneficios:

Con la punción aspiración con aguja fina bajo guía ecográfica de un ganglio axilar permite obtener células de la lesión focal para realizar un análisis citológico.

Procedimiento:

La punción aspiración con aguja fina bajo guía ecográfica es un procedimiento mínimamente invasivo, por el cual se obtienen muestras de lesiones focales vistos por ecografía, obteniéndose muestras citológicas, las que se enviarán a patología para su análisis.

Riesgos:

Las complicaciones son: hematoma (1%), hematoma que requiere drenaje (0.2%), infecciones locales (0.1%), dolor (5.4%), material insuficiente.

Contraindicaciones:

Son relativas: pacientes que ingieren fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina) o anticoagulante (warfarina, heparina), enfermedades que alteran la coagulación, profundidad de la lesión, falta de cooperación del paciente.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha(o) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado **PUNCIÓN ASPIRACION CON AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA DE GANGLIO AXILAR**.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Huella digital

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

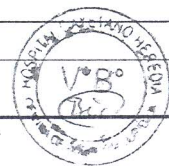
Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____

**REVOCATORIA**

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima, _____ de _____ de 20 _____.

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano HerediaHOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA DE NODULO TIROIDEO O GANGLIO CERVICAL**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información:

Este procedimiento está indicado para lesiones que no pueden ser diagnosticadas por otros métodos, como ayuda de evolución diagnóstica en las diferentes enfermedades.

Beneficios:

Con la punción aspiración con aguja fina bajo guía ecográfica de un nódulo tiroideo o ganglio cervical permitirá obtener células de la lesión focal para realizar un análisis citológico.

Procedimiento:

La punción aspiración con aguja fina bajo guía ecográfica es un procedimiento mínimamente invasivo, por el cual se obtienen muestras de lesiones focales vistos por ecografía, obteniéndose muestras citológicas, las que se enviarán a patología para su análisis.

Riesgos:

Las complicaciones son: hematoma subcutáneo o intraquístico, hematoma carotideo subendotelial, infecciones locales, dolor, reacción vaso vago, punción traqueal o esofágica, parálisis transitoria de algunos nervios laríngeos recurrentes, material insuficiente.

Contraindicaciones:

Son relativas: pacientes que ingieren fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina) o anticoagulante (warfarina, heparina), enfermedades que alteran la coagulación, profundidad de la lesión, falta de cooperación del paciente.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha(o) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado **PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA DE NODULO TIROIDEO O GANGLIO CERVICAL**.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Huella digital

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____

**REVOCATORIA**

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Médico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

CMP N°: _____

R.N.E.: _____





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano HerediaHOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE DE COLECCIÓN / ABSCESO**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información: Este procedimiento está indicado para drenaje de un acúmulo de líquido o de pus que ha aparecido en una zona de su organismo, y que es necesario vaciar o para toma de muestra diagnóstica.

Beneficios:

La intervención puede precisar de anestesia, que será valorada por el servicio competente.

La intervención consta en el drenaje de un acúmulo de líquido o de pus; mediante uso de un catéter.

Procedimiento:

Localizar la zona donde se ha acumulado el líquido, lo que normalmente hacemos con rayos x o, en algunas ocasiones, con ecografía. Una vez localizada, hay que pincharla primero con una aguja fina y luego con un catéter, que es un tubito por el que el líquido acumulado va a salir. Para realizar esto y que duela lo menos posible, dejamos insensible la zona con anestesia local. En casos muy concretos pudiera ser necesaria realizar una sedación con fármacos intravenosos. El catéter se le deja adherido a la piel durante un tiempo (normalmente varios días), hasta que todo el líquido acumulado haya salido o se puede retirar si solo es para obtención de muestra.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como:

Los más frecuentes:

Complicaciones locales hematoma, dolor en la zona de intervención, aparición de sangre que suelen resolverse espontáneamente.

Los más graves:

Reacciones vágales como mareos, sudoración, palpitaciones, etc.; de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida del conocimiento. Se puede lesionar algún órgano abdominal o cercano al procedimiento.

Efectos Adversos:

Reacciones a la anestesia dependiendo de su intensidad que pueden llegar a ser graves.

Sepsis e infección generalizada que puede resultar muy grave.

Hemorragia durante del procedimiento como posteriormente.

Reacciones alérgicas o efectos indeseables.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado drenaje de colección / absceso.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ del 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Huella Digital _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____

**REVOCATORIA**

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima _____ de _____ del 20 _____. Hora: _____

Paciente:

H.C.: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

Medico Radiólogo:

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano HerediaHOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DRENAJE BILIAR EXTERNO**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información: Esta intervención permite el paso de bilis hacia el exterior, con lo que con lo que se eliminará su coloración amarillenta y mejorará su estado general, aliviándole especialmente el picor.

Beneficios:

Intervención permite el paso de la bilis hacia el exterior (drenaje externo), con lo que se eliminará su coloración amarillenta y mejorará su estado general, aliviándole especialmente el picor.

Procedimiento:

Se introducirá una aguja muy fina, por la que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los conductos de la bilis en las radiografías. A continuación, se colocará un tubo (catéter), por el que se deriva la bilis. Durante esta intervención se le administrará anestesia local.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como:

Los más frecuentes:

Complicaciones locales hematoma, dolor en la zona de intervención, aparición de sangre que suelen resolverse espontáneamente.

Los más graves:

Reacciones vágales como mareos, sudoración, palpitaciones, etc.; de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida del conocimiento. Se puede lesionar algún órgano abdominal o cercano al procedimiento.

Efectos Adversos

Reacciones a la anestesia dependiendo de su intensidad que pueden llegar a ser graves.

Sepsis e infección generalizada que puede resultar muy grave.

Hemorragia durante del procedimiento como posteriormente.

Reacciones alérgicas o efectos indeseables a fármacos o contrastes usados.

Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo. Salida accidental del catéter que obligaría a reintervenirle.

Además he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado drenaje de colección / absceso.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ del 20_____. Hora: _____

Paciente:**Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):****Medico Radiólogo:**

H.C.: _____

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

Apellidos y Nombres: _____

Apellidos y Nombres: _____

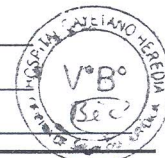
DNI N° _____

DNI N° _____

C.M.P N° _____

Huella Digital

R.N.E _____

**REVOCATORIA**

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima _____ de _____ del 20_____. Hora: _____

Paciente:**Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):****Medico Radiólogo:**

H.C.: _____

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Apellidos y Nombres: _____

Apellidos y Nombres: _____

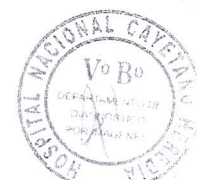
Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

DNI N° _____

C.M.P N° _____

R.N.E _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano HerediaHOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEFROSTOMIA**

Para satisfacción de los derechos del paciente, como destinatario del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos ambulatorios en cumplimiento de la Ley General de Salud, se deja constancia de lo siguiente:

Información: Esta intervención que permite el paso de orina hacia el exterior, con lo que se mejorará su función renal y/o se aliviará su infección (cuando la tenga). Esta intervención puede ser el tratamiento definitivo de su dolencia, o bien el paso previo para poder realizarle otras intervenciones, o repararle alguna lesión del uréter, o bien tomarle muestras para poder analizar lesiones del sistema urinario.

Beneficios:

La intervención puede precisar de anestesia, que será valorada por el servicio competente.

La intervención consta en colocar un tubo o catéter, por el que se derivará la orina.

Procedimiento:

Se le introducirá una aguja por la que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los conductos de la orina en las radiografías. A continuación, se colocará un tubo (catéter), por el que se deriva la orina.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como:

Los más frecuentes:

Complicaciones locales hematoma, dolor en la zona de intervención, aparición de sangre que suelen resolverse espontáneamente.

Los más graves:

Reacciones vágales como mareos, sudoración, palpitaciones, etc.; de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida del conocimiento. Se puede lesionar algún órgano abdominal o cercano al procedimiento.

Efectos Adversos

Reacciones a la anestesia dependiendo de su intensidad que pueden llegar a ser graves.

Sepsis e infección generalizada que puede resultar muy grave.

Hemorragia durante del procedimiento como posteriormente.

Reacciones alérgicas o efectos indeseables a fármacos o contrastes usados.

Obstrucción del catéter, que puede hacer necesario el recambio del mismo. Salida accidental del catéter que obligaría a reintervenirle.

Además, he recibido información completa y suficiente sobre el propósito de procedimiento, beneficios, riesgos, precauciones, alternativas y medios con que cuenta el médico para la realización, para lo cual se requiere que me administre sustancia de Contraste Yodado por vía endovenosa, utilizando una vena periférica, de conformidad con las normas legales vigentes (Decreto Ley N° 17505 Código Sanitario Art. 98. Código Civil Arts. 9, 11, 13).

Y habiendo tenido ocasión de aclarar mis dudas e inquietudes al respecto, con el médico tratante.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecha de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso médico citado y otorgo **MI CONSENTIMIENTO** para que sea realizado el procedimiento denominado drenaje de colección / absceso.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del mismo y para que así conste firmo el presente documento.

Lima _____ de _____ del 20 _____. Hora: _____

Paciente:**Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):****Medico Radiólogo:**

H.C.: _____

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

DNI N° _____

C.M.P N° _____

Huella Digital

R.N.E. _____

**REVOCATORIA**

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.

Lima _____ de _____ del 20 _____. Hora: _____

Paciente:**Representante Legal (menor de edad, discapacitado o iletrado):****Medico Radiólogo:**

H.C.: _____

Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____Firma: _____
Apellidos y Nombres: _____

DNI N° _____

DNI N° _____

C.M.P N° _____

R.N.E. _____

