

REPÚBLICA DEL PERÚ



Resolución Jefatural

Lima 17 de SEPTIEMBRE del 2007

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
[Firma]
Dr. Raúl Cordero García-Zapatero
Jefe Director General

VISTOS; el (i) Memorando N° 155-2007-DM-INEN remitido por la Dirección de Medicina y el (ii) Memorando N° 464-2007-OAJ-INEN remitido por la Dirección de la Oficina de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial El Peruano con fecha 11 de enero del 2007, se ha aprobado el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del Organismo Público Descentralizado Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – OPD INEN;

Que, el Numeral VI.1.2.2 Formatos Especiales de la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA señala los requisitos del formato de consentimiento informado, precisando del mismo modo su inexigibilidad en situaciones de emergencia;

Que, mediante documento de vistos (i) la Dirección de Medicina remite a la Dirección General el documento denominado "Consentimiento Informado de Tratamiento Médico de Cáncer", el cual fue revisado previamente por la Oficina de Asesoría Jurídica;

Que, mediante documento de vistos (ii) la Oficina de Asesoría Jurídica opina por la conformidad del cumplimiento de dicho formato, respecto a la Norma Técnica invocada;

Que, en tal sentido, para fines de procurar la unicidad del formato de "Consentimiento Informado de Tratamiento Médico de Cáncer correspondiente al Departamento de Medicina", resulta conveniente aprobar su formalización mediante la Resolución Jefatural;

Con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 086-2007/MINSA, y Decreto Supremo N° 001-2007-SA;



000502

Con el visto bueno del Sub Director General, de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Dirección de Medicina;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el formato denominado "Consentimiento Informado de Tratamiento Médico de Cáncer correspondiente a la Dirección de Medicina del INEN", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.



REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Carlos E. Vigil Rojas
Dr. Carlos E. Vigil Rojas
Director General



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento Médico del Cáncer

Historia Clínica N°: _____

Fecha: _____

Apellidos y Nombres: _____

Mediante el presente documento declaro que:

Conozco el diagnóstico: () presuntivo () definitivo, de mi enfermedad el cual es:

Se me ha explicado que el tratamiento a realizar es:

Oral	()	Intramuscular	()
Subcutáneo	()	Endovenosa	()

Nombre del procedimiento a realizar: _____

Descripción del tratamiento en términos sencillos:

El objetivo del tratamiento que se me ha propuesto es:

- Obtener el mayor control posible sobre mi enfermedad ()
- Disminuir las posibilidades de recaída de mi enfermedad ()

El tratamiento médico de mi enfermedad es:

- () Quimioterapia
- () Hormonoterapia, tratamiento con hormonas o agentes antihormonales
- () Inmunoterapia, tratamiento con agentes inmunológicos
- () Tratamiento anti-blanco específico

Riesgos reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica:

Los tratamientos médicos del cáncer, están asociados a efectos adversos que se describen a continuación, los cuales son los más frecuentes, pudiendo presentarse eventos adversos no previstos, poco usuales. La severidad de los eventos descritos puede ser variable y puede ir desde muy leve a condiciones muy serias que pudiese llevar a la muerte.

Los eventos que pudiese presentar se describen a continuación, varían según el tipo de tratamiento, pueden aparecer o no, aunque lo más frecuente es que se presenten algunos de los que están descritos.

- GENERALES.- Cansancio, malestar general, pérdida o ganancia de peso, dolores difusos, fiebre, caída del cabello.
- PIEL.- Dermatitis, descamación, rash, aparición de manchas, cambio de color en las uñas, agrietamiento de la piel de manos y pies
- ALÉRGICOS.- Caída de la presión, espasmo bronquial con dificultad para la respiración
- OIDOS.- Ruidos en los oídos, disminución de la audición
- OJOS.- Conjuntivitis, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño en el ojo, disminución de la agudeza visual
- NEUROLOGICO.- Confusión, adormecimiento, disminución del nivel de consciencia, convulsiones, pérdida de la sensibilidad o fuerza, sensación de hormigueos, estreñimiento
- DIGESTIVO.- Náusea y vómitos, alteraciones del gusto, ulceraciones en la boca, gastritis, úlcera, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, hemorragia digestiva
- HEPÁTICO.- Alteraciones de las enzimas hepáticas, hepatitis, insuficiencia hepática
- RESPIRATORIO.- Tos, dificultad para la respiración, dolor torácico, derrame pleural
- CARDIACO.- Arritmia, dolor precordial, derrame pericárdico, insuficiencia cardíaca, angina o infarto del miocardio

Alfonso

Visto y
D.M.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

000500





VASCULARES.- Debilidad de las venas donde se administra el tratamiento, extravasación de las medicinas, salida de la quimioterapia de las venas, lo que origina que los tejidos se inflamen y puedan necrosarse, siendo en algunos casos necesario tratamiento quirúrgico para aliviar dicha complicación

GENITOURINARIO.- Disminución de la función renal, cistitis, hematuria, desaparición de la menstruación, sequedad de la mucosa vaginal, impotencia, pérdida de deseo sexual, infertilidad, abortos o malformaciones congénitas si recibo durante el embarazo

OSTEOARTICULARES.- Dolor óseos y musculares, inflamación de las articulaciones

HEMATOLOGICOS.- Anemia, neutropenia: baja de las defensas, esto se asocia a un riesgo incrementado de infecciones, ya sea por gérmenes habituales o gérmenes que en condiciones normales no afectan a las personas, estas infecciones pueden ser muy serias y fatales. Recuentos de plaquetas bajos incrementando el riesgo de sangrado. Según el grado de la deficiencia puede ser necesario que reciba transfusiones de sangre o sus derivados.

OTROS: _____

En calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, declaro:

- () He sido informado del diagnóstico completo de mi enfermedad.
- () Me siento satisfecho con la información brindada.
- () He podido realizar preguntas sobre las dudas que tengo.
- () Se me han despejados las dudas sobre la enfermedad y el tratamiento.
- () Me han informado sobre alternativas de tratamiento diferentes.
- () Conozco los riesgos y beneficios del tratamiento.

En conocimiento de todo lo expuesto:

- () AUTORIZO
- () NO AUTORIZO

A los médicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas a disponer del (os) tratamiento(s) y procedimiento(s) necesarios para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad.

IDENTIFICACION DEL MEDICO QUE BRINDA LA INFORMACION

Nombre: _____

CMP: _____ RNE: _____ FECHA _____ FIRMA Y SELLO _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre: _____

DNI N°: _____ FECHA _____ FIRMA _____

REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE:

Nombre: _____

DNI N°: _____ FECHA _____ FIRMA _____

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____

DNI N°: _____ FECHA _____ FIRMA _____

16.08.2008
Alber

000493

10

11

12

13