

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 01 de MARZO del 2010

VISTO; el Informe Nº 005-CHC-INEN-2010, emitido por el Presidente del Comité de Historias Clínicas;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo Nº 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 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN;

Que, en el citado instrumento de gestión se ha establecido la jurisdicción, las funciones generales y la estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 597-2006/MINSA, se aprobó la NT Nº 022-MINSA/DGSPV. 02: "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA", cuyo objeto es el establecimiento de las normas para el manejo, conservación y depuración de las Historias Clínicas en las diferentes unidades productoras de servicios de los establecimientos de salud del Sector; así como establecer y estandarizar el contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, teniendo en cuenta los diferentes tipos de atención, y respetando los aspectos legales y administrativos;

Que, mediante documento de vistos, se informa que los miembros del Comité de Historias Clínicas, con la participación de Directora del Departamento Oncología Pediátrica, aprobaron el proyecto de Consentimiento Informado para Tratamiento Médico del Cáncer, del referido Departamento;

Que, en tal sentido, resulta pertinente expedir la correspondiente Resolución que formalice el uso del "Formato de Consentimiento Informado para Tratamiento Médico del Cáncer";

Con las facultades conferidas por el Reglamento de Organización y Funciones aprobado mediante Decreto Supremo Nº 001-2007-SA;

Con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, Secretaría General, Dirección de Medicina, Presidente del Comité de Historias Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el formato denominado "Formato de Consentimiento Informado para Tratamiento Médico del Cáncer", para uso del Departamento de Oncología Pediátrica, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar la difusión de la presente Resolución así como su publicación en la Página Web Institucional a la Oficina de Comunicaciones.

ARTÍCULO TERCERO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

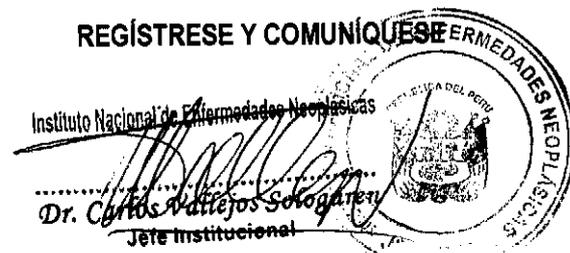
REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Dr. Carlos Vallejos Solórzano
Jefe Institucional



Handwritten signature and vertical stamp: COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS







**INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DEL CÁNCER

Historia Clínica Fecha

Nombre.....

Mediante el presente documento declaro que he(mos) sido informados que mi hijo(a) padece de la enfermedad llamada.....que es un tipo de cáncer infantil.

El tratamiento médico del cáncer consiste en la administración de medicamentos anticancerosos (quimioterapia) puede ser dados por vía, oral, subcutánea, intramuscular, endovenosa, intratecal, el objetivo del tratamiento es obtener el mayor control posible sobre la enfermedad y disminuir las posibilidades de recaída.

Se me (nos) explicó que el tratamiento de la neoplasia de mi hijo (a) será de acuerdo al protocolo vigente del Departamento de Pediatría del INEN y que se pueden necesitar realizarle una serie de exámenes de sangre, orina, radiografías corrientes y especiales (ecografías, gammagrafías, tomografías, resonancias), además de procedimientos quirúrgicos destinados a obtener muestras de tejidos (biopsias) o punciones diversas (mielograma, aspirado de médula ósea, punción lumbar) bajo el efecto de anestesia general, soporte hematológico con transfusiones de sangre o plaquetas.

Hemos sido informados que cada uno de los procedimientos son indispensables y que pueden en raras ocasiones producir efectos secundarios transitorios. Los tratamientos médicos del cáncer pueden estar asociados a efectos adversos los más frecuentes se describen a continuación, pudiendo presentarse eventos adversos poco usuales, la severidad de los eventos adversos descritos puede ser variable desde muy leve hasta condiciones muy serias que pudiesen llevar a la muerte.

Los efectos que pudiesen presentarse se describen a continuación, varían según el tipo de tratamiento, pueden aparecer o no

- GENERALES:** cansancio, fiebre, caída de cabello, malestar general, inapetencia, estreñimiento
- PIEL:** cambio de color en las uñas, dermatitis, rash, aparición de manchas, piel seca.
- ALERGIA A QUIMIOTERAPIA:** shock anafiláctico, caída de la presión, espasmo bronquial.
- OIDOS:** disminución de la audición, ruidos en los oídos
- OJOS:** lagrimeo, sensación de cuerpo extraño en el ojo, conjuntivitis.
- NEUROLÓGICO:** confusión, pérdida de la sensibilidad o fuerza, sensación de hormigueo en extremidades
- DIGESTIVO:** náusea, vómito, alteración del gusto, ulceraciones en la boca, diarrea, dolor abdominal, gastritis,
- HEPÁTICO:** alteraciones de las enzimas hepáticas, hepatitis, insuficiencia hepática
- RESPIRATORIO:** tos, dificultad para la respiración, dolor torácico.
- CARDÍACO:** arritmia, dolor precordial, angina.

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

UROLOGIANO: cistitis, hematuria, disminución de la función renal.

ARTICULAR: dolor óseo, dolor muscular, inflamación de las articulaciones.

HEMATOLOGICOS: anemia, neutropenia. (baja de las defensas.) esto se asocia a un riesgo incrementado de infecciones, ya que por gérmenes que en condiciones normales no afectan a las personas, estas infecciones pueden ser muy serias y potencialmente fatales. Recuento de plaquetas por debajo de 20,000 aumentan el riesgo de sangrado a nivel del tubo digestivo o sistema nervioso. Según el grado de anemia o plaquetopenia puede ser necesario que reciba transfusiones de sangre o sus derivados

Mediante el presente documento declaro que he (mos) sido informado(s) que mi hijo (a) tiene un tipo de cáncer infantil. En calidad de padre, madre, representante legal del niño

..... y en pleno uso de facultades mentales y en cumplimiento de los derechos de salud y de la Ley No 26842- Ley General de Salud declaro He sido informado del diagnóstico completo de la enfermedad de mi hijo(a). Me siento satisfecho con la información brindada. He podido realizar preguntas sobre las dudas que tengo.

DR. CARLOS MORANTE DEZA
 HENRY GOMEZ MORENO
 DIRECTOR DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Se me han despejado las dudas sobre la enfermedad y el tratamiento. Conozco los riesgos y beneficios del tratamiento.

En reconocimiento de 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 obtener el mayor control sobre la enfermedad de mi hijo (a) y disminuir las posibilidades de recaída de la misma. Me comprometo a seguir las instrucciones del equipo multidisciplinario de tratamiento ya que estoy conciente que todas las acciones, tanto del equipo medico como muestras deben estar dirigidas al bienestar de nuestro hijo(a).

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DEL EQUIPO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA QUE BRINDA LA ATENCIÓN

Nombre.....

CMP..... RNE.....

FECHA..... Firma y Sello.....

REPRESENTANTE LEGAL: PADRE () MADRE () TUTOR

Nombre.....  DNI.....

Firma.....

Nombre.....  DNI.....

Firma.....

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO:

En pleno uso de mis facultades y a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que mi hijo (a) reciba tratamiento medico propuesto para su cáncer, revoco mi consentimiento

REPRESENTANTE LEGAL: PADRE () MADRE () TUTOR

Nombre.....  DNI.....

Firma.....

Nombre.....  DNI.....

Firma.....

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DEL EQUIPO DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA QUE BRINDA LA ATENCIÓN

Nombre.....

CMP..... RNE.....

FECHA..... Firma y Sello.....