

Nº 158 -2017-INSN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 23 de Mayo de 2017

Visto, el Expediente con Registro N° OGC-0428-2016 que contiene la Nota Informativa N° 152-EIDADIXI-INSN-2017, del Departamento de Investigación, Docencia y Atención al Diagnóstico por imágenes;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, así como de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el inciso h) del artículo 15° de la acotada Ley, prescribe 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 el documento del visto, la Oficina de Gestión de la Calidad ha propuesto la aprobación del Formato de "Consentimiento Informado para el Estudio y Procedimientos Especiales en el Departamento de Diagnóstico por Imágenes en el Instituto Nacional de Salud del Niño", elaborado por el Departamento de Investigación, Docencia y Atención al Diagnóstico por Imágenes;

Que, mediante Memorando N° 302-2017-DG/INSN, de fecha 04 de abril de 2017, la Dirección General dispone la proyección de la Resolución Directoral que aprueba el Formato de "Consentimiento Informado para el Estudio y Procedimientos Especiales en el Departamento de Diagnóstico por Imágenes en el Instituto Nacional de Salud del Niño";

Que, con el Visado de la Dirección Adjunta, la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad la Ley N° 26842, Ley General de Salud; y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Formato de "Consentimiento Informado para el Estudio y Procedimientos Especiales en el Departamento de Diagnóstico por Imágenes en el Instituto Nacional de Salud del Niño".

Artículo Segundo.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación del Formato de "Consentimiento Informado para el Estudio y Procedimientos Especiales en el Departamento de Diagnóstico por Imágenes en el Instituto Nacional de Salud del Niño" en la página Web del INSN.

Regístrese y Comuníquese

ATB/SPL
DISTRIBUCIÓN:


☐ DG
☒ DA
 MINISTERIO DE SALUD
 DEPARTAMENTO DE SALUD DEL NIÑO - SENA
 REGISTRO DE NACIMIENTOS

CERTIFICADO: ☐ OEL
 La presente copia fotostática es
 exactamente igual al original que he tenido a la vista y
 que he devuelto en el mismo acto al interesado.
☐ OGC
☐ OAT

02 JUN 2017
 1000
 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
 C.T.S.P. N° 10551
 FEDATARIA

Reg. N° _____

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Breña, de de 20.....

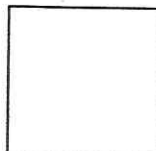
- Yo..... en mi condición de Padre () Madre ().
Tutor () Representante legal () Otro () especificar..... me he reunido con el (los) Médico(s) del INSN, y el Doctor me ha informado sobre el examen diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad del paciente: Niño (a)..... con H.C..... el Estudio a realizar:.....
- Su médico tratante ha solicitado un estudio Radiológico con sustancia de contraste para llegar al diagnóstico de la enfermedad y poder dar el tratamiento adecuado.
- Las sustancias de contraste que se utilizará en su niño (a) tiene algunos riesgos, probables complicaciones, pero los beneficios que se obtiene es en precisar el diagnóstico y extensión de la enfermedad del paciente.
Me ha informado de los riesgos y probables complicaciones a las que se somete al menor así como de los beneficios que se puede obtener con la realización del examen de diagnóstico por imágenes.
- El procedimiento requiere de la inyección de una sustancia de contraste que permite resaltar estructuras que no son visibles o son poco nítidas en los estudios comunes, facilitando así la obtención de un diagnóstico y extensión de la enfermedad.
- La sustancia de contraste se inyecta en un vaso sanguíneo (vena o arteria) según sea el examen a realizar, a través de una aguja o catéter si fuera necesario. Este procedimiento puede resultar molesto pero es habitualmente inocuo.
En otros casos la sustancia de contraste (baritado, contraste iónico, contraste no iónico); se utilizará según la solicitud del médico tratante; así como de otras vías, ejemplo: la uretral (cistografía, ureterografía), vía rectal (colon con enema), vía oral (esófago, estómago y duodeno, tránsito intestinal), colon distal, fistulografía, genitografía (seno urogenital), vaginografía (alteraciones vaginales), etc.
- Estos procedimientos habitualmente son inocuos, pero puede existir ciertos riesgos. Como irritación y/o infección de los tejidos de la zona. Otras veces, ocasionalmente, algunos pacientes desarrollan una reacción "alérgica", que en algunos casos se manifiesta como estornudos, urticarias (picaón) o vómitos; y excepcionalmente puede producirse un fallo cardiovascular.
- Los medios de contraste que utilizamos son las más seguras y de mejor calidades.
- También me informó de otros procedimientos de diagnóstico alternativos para poder llegar al diagnóstico presuntivo del médico..... y también me ha referido a las posibles consecuencias en caso de no aceptar el examen solicitado por el médico tratante.
- El I.N.S.N. cuenta con personal entrenado y medios adecuados para tratar los casos en que se presenten estas reacciones que son poco frecuentes.
- Usted tiene el derecho de formular a los profesionales todas las preguntas que considere necesario para aclarar sus dudas.
Una vez satisfecho sus requerimientos deberán manifestar que ha comprendido los riesgos arriba señalado y teniendo conocimiento del procedimiento, autorizo a su realización. A tales efectos deberá complementar los siguientes datos:

CUESTIONARIO

(Marca con una "X" la respuesta que corresponde)		Si	No	No Sabe
1.	¿Se ha realizado alguna vez estudios radiológicos con inyección de contraste?			
2.	¿Presentó reacciones adversas en algún estudio anterior?			
3.	Tiene antecedentes de enfermedades (Subraya) Cardíacas- Renales- Hepática- Tiroideas- Asma- Alergias- Diabetes- Miastenia- Tumores- Cáncer			
4.	¿Consume medicamentos?			
5.	¿Cuáles medicamentos?			

Habiendo comprendido todo lo explicado acepto que se realice el procedimiento diagnóstico/terapéutico solicitado y autorizo a los médicos de Imágenes a tomar las medidas que crean oportunas para tratar las posibles reacciones adversas que eventualmente se me presenten.

IMPRESIÓN
DACTILAR
ÍNDICE
DERECHO



.....
Firma del Representante Legal
DNI.....

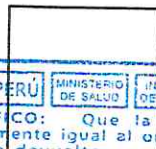
.....
Firma y Sello del Médico
DNI.....

.....
Firma del Testigo
DNI.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Siendo el..... de de 20..... habiéndome brindado una información oportuna, completa, adecuada y sin prejuicios; yo,..... voluntaria y libremente NO () doy mi consentimiento para que se realice el estudio de Examen especial contrastado arriba señalado.

IMPRESIÓN
DACTILAR
ÍNDICE
DERECHO



.....
Firma del Representante Legal
DNI.....

.....
Firma y Sello del Profesional de Salud
DNI.....



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.

02 JUN 2017

1000

Reg. N°

.....
LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S. P.L. 12-16551
FEUATARIA

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional De Salud Del Niño

Dr. PEDRO MIGUEL AMORETTI ALVINO
MEDICO RADIOLOGO
Jefe Del Departamento Investigación, Docencia y
Atención al Paciente Por Imágenes
C.M.F. 24928-RNE: 10218