



Consentimiento Informado para la realización de procedimiento de Desbridamiento Quirúrgico de Tejido Subcutáneo (incluye piel y dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842)

1. Servicio/Subunidad

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas – Especialidad de Cirugía Plástica.

2. Nombre del Procedimiento

Desbridamiento Quirúrgico de Tejido Subcutáneo (incluye piel y dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos.

3. Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo)

4. Descripción del Procedimiento

Se procederá a retirar quirúrgicamente, todo tejido desvitalizado y/o secreciones presentes en la lesión.

5. Objetivos del Procedimiento

Retirar tejido no vital y disminuir la carga bacteriana en la herida a fin de optimizar condiciones para un adecuado proceso de cicatrización y cierre de heridas

6. Beneficios Esperados

Evaluación del estado de la lesión, mejorar las condiciones de la misma y así facilitar el proceso de cicatrización.

7. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

- Sangrado

8. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

- Infección
- Persistencia de necrosis en herida

9. Consecuencias Previsibles de su NO Realización

- Agravamiento del cuadro clínico con el consiguiente aumento de la morbilidad

10. Tratamiento Alternativo

- El desbridamiento puede realizarse por otros métodos no quirúrgicos (curaciones frecuentes con cremas o ungüentos tópicos) sin embargo esto conlleva a una demora en el proceso de cicatrización y manejo de la herida pudiendo presentarse complicaciones mayores durante ese lapso de tiempo.

11. Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

- Los pacientes con algún tipo de inmunosupresión (desnutrición, diabetes, usuario crónico de corticoides, postrado crónico, etc.) presentan un inadecuado proceso de cicatrización, por lo que deben ser tomados en cuenta.
- Los pacientes con algún tipo de coagulopatías o usuarios de anticoagulantes tienen mayor riesgo de sangrado intra y post operatorio.

12. Pronóstico

Bueno ()

Malo ()

Reservado ()

13. Recomendaciones

Tener en cuenta que el paciente puede requerir este procedimiento en más de una ocasión, a fin de lograr el objetivo terapéutico

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

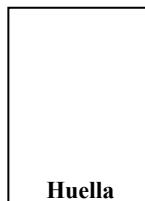
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico _____.

Declaro _____:
Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Desbridamiento de Tejido Subcutáneo (incluye Piel y Dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos** sobre los cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de **Desbridamiento de Tejido Subcutáneo (incluye Piel y Dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos**

San Borja, dedel 20.....



Huella

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

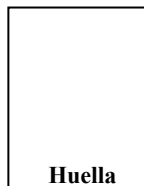
Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha _____ para la realización del procedimiento de **Desbridamiento de Tejido Subcutáneo (incluye Piel y Dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, dedel 20.....



Huella

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____