



Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño
San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NASOFIBROLARINGOSCOPIA

(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. RD N°...../2020/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada al paciente de Especialidades Quirúrgicas-
Otorrinolaringología**

Procedimiento: Nasofibrolaringoscopia

Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo):

Descripción del Procedimiento

Se trata de un fibra flexible que se introducirá por la nariz del paciente hasta visualizar desde las fosas nasales, coana, faringe y laringe. Se realiza bajo anestesia local que se puede acompañar de una sedación y analgesia según los casos. Si se realiza bajo anestesia local, una vez terminada la exploración el paciente no podrá ingerir ningún tipo de alimentos, sólidos o líquidos, en unos 30 minutos, ya que -al estar anestesiado el territorio faríngeo-laríngeo- se corre el riesgo de que se produzcan falsas rutas en la deglución - la aspiración de alimentos o saliva al aparato respiratorio-. En caso de necesitar sedación, deberá esperar unas horas antes de abandonar el hospital, a fin de constatar la desaparición de los efectos sedantes de la medicación administrada.

Objetivos del Procedimiento

- Diagnóstico definitivo de dificultad respiratoria y/o disfonía, obstrucción nasal, rinorrea, rinorragia, u otros síntomas de vía respiratoria alta.
- Evaluar la anatomía de la vía respiratoria alta desde las fosas nasales, faringe y laringe.
- Permite en el caso de tumores la toma de biopsias o para inyectar determinadas sustancias en laringe.

Beneficios Esperados

Diagnóstico correcto y preciso, para tratamiento adecuado de patología de fosas nasales, faringe y laringe.

Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

- Broncoespasmo
- Laringoespasmo
- Sangrado Nasal

Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

Irritación Nasal

Consecuencias Previsibles de a NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

Demora en el diagnóstico y tratamiento de patologías de fosas nasales, faringe y laringe.

Posibilidad de Tratamiento Alternativo

No Aplica

Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones:



Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño
San Borja



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 Nasofibrolaringoscopia** 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 **Nasofibrolaringoscopia**



San Borja, de.....del 20.....

Hora: ... : ... horas

Huella

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

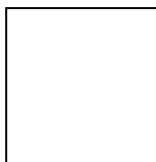
Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 **Nasofibrolaringoscopia** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, de.....del 20.....

Hora: ... : ... horas

Huella

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____