



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMANGIOMAS Y/O MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS (MAV)

(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 del Paciente de Especialidades Quirúrgicas - Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial

Procedimiento: Tratamiento Quirúrgico de Hemangiomas y/o Malformaciones Arteriovenosas (MAV)

Diagnóstico : Hemangioma -D18.0 () – Malformación Vascular Periférica -Q27.3 ()
Localización: Cabeza (), Cara (), Cuello ()

Un hemangioma es un tumor vascular a menudo congénito o de aparición durante la infancia, en la piel o en los órganos internos. La malformación arteriovenosa no es un tumor, es una maraña de arterias y venas enredadas que están conectadas entre sí, pero sin capilares.

Descripción del Procedimiento

El Tratamiento quirúrgico del Hemangioma y/o Malformación Arteriovenosa, consiste en la resección parcial o total del hemangioma y/o malformación arteriovenosa a nivel de la región de la cabeza y/o cuello.

Objetivos del Procedimiento

Eliminación total o parcial del hemangioma y/o malformación arteriovenosa de ser posible para lograr restablecer la anatomía y función del área afectada.

Beneficios Esperados

Mejorar la estética facial, eliminación del tejido anómalo, restablecer función, reinserción social.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

Dolor, cicatriz hipertrófica, edema, sangrado, infección, granuloma, dehiscencia de incisión, disfagia, disfonía, odinofagia, anestesia en el territorio nervio trigémino, paresia y/o parálisis del nervio trigémino, facial, glossofaríngeo, neumogástrico espinal, hipogloso, frénico, simpático cervical y sus ramas, lesión de laringe, tráquea, hipofaringe, esófago, vena yugular interna y arterias carótidas, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y traqueostomía.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

Broncoespasmo, desequilibrio hidroelectrolítico, tromboembolia, paro cardiorrespiratorio, desorden cerebro vascular, muerte.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

Persistencia del hemangioma y/o malformación arteriovenosa.

Posibilidad de Tratamiento Alternativo

Embolización, escleroterapia.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

Reacción al hilo de sutura, cicatriz queloide o hipertrófica.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

Cumplir con los cuidados de la herida indicados y cumplir con los controles por consulta externa.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

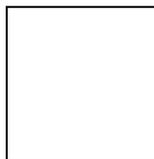
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: _____.

Declaro:

Que el Cirujano _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Tratamiento Quirúrgico de Hemangioma () - Malformación Arteriovenosa ()** _____ sobre el cual he sido informado. 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 el Tratamiento Quirúrgico de Hemangioma () Malformación Arteriovenosa () _____, a favor de mi representado.



Huella Digital

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

Hora: ... : ... horas

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 **Tratamiento Quirúrgico de Hemangioma () Malformación Arteriovenosa ()** _____ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

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

Hora: ... : ... horas

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____