

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE DILATACIÓN ESOFÁGICA CON VIDEOENDOSCOPIO

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../20..../INSNSB)

Nombre del Procedimiento: Dilatación esofágica con videoendoscopio.

Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades-
Gastroenterología Pediátrica

Diagnóstico: Estenosis Esofágica.

Descripción del Procedimiento

Introducción de videoendoscopio en esófago, visualización de área de estrechez (estenosis) y posterior dilatación con: balón neumático o bujía.

Objetivos del Procedimiento

Dilatación esofágica para lograr un calibre de luz esofágica acorde a la edad

Beneficios Esperados

Restauración del calibre esofágico

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Dolor torácico

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Perforación esofágica
- Bacteriemia/ endocarditis
infecciosa
- Sangrado
- Broncoaspiración
- Arritmias

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento

Persistencia de dificultad para alimentación (disfagia), vómitos.

Describir posibilidad de Método diagnóstico Alternativo

Cirugía: de reemplazo esofágico.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente : Paciente con comorbilidades (otras patologías de fondo) tienen más riesgo de sangrado, neumonía aspirativa, bacteriemia, perforación del tubo digestivo y paro cardiorrespiratorio.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado() De acuerdo a enfermedad de fondo ()

Recomendaciones/Observaciones : Ayuno 8 horas antes si son alimentos sólidos, 6 horas antes si es leche de fórmula y 4 horas antes si es leche materna.

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: _____

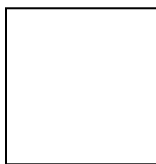
Declaro :

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 Dilatación Esofágica con Videoendoscopia** 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 para la realización del procedimiento de **Dilatación Esofágica con Videoendoscopia**

San Borja, dedel 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

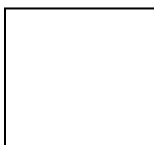
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para la realización de Dilatación Esofágica con Videoendoscopio y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, dedel 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____



Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____