



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON IDEACIÓN Y/O CONDUCTA SUICIDA

(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°/202...../INSN SB)

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON IDEACIÓN Y/O CONDUCTA SUICIDA.

CÓDIGO CPMS: 90899

DIAGNÓSTICO: IDEACIÓN Y/O CONDUCTA SUICIDA

SUB UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA PEDIATRICA Y SUB ESPECIALIDADES - PSIQUIATRIA.

Diagnóstico:

Ideación y/o Conducta Suicida: Condición clínica que incluye una serie de pensamientos, acciones, o manifestaciones cuyo fin es la auto provocación de daño con o sin resultado de muerte.

Descripción del Procedimiento:

La atención de pacientes pediátricos con ideación y/o conducta suicida consiste en la intervención multidisciplinaria guiada por el Médico Psiquiatra en donde se identifica el riesgo suicida, se brinda protección, e inicia tratamiento correspondiente.

Objetivo del Procedimiento:

- Realizar un adecuado manejo y toma de decisiones frente a un paciente pediátrico con ideación y/o conducta suicida, en los servicios de emergencias, hospitalización y consulta externa.
- Prevenir eventos adversos en relación a daño auto infligido de los pacientes pediátricos.

Beneficios Esperados:

Reconocimiento de los factores que conllevan al paciente pediátrico a la ideación y/o conducta suicida, y su reinserción al entorno familiar, académico y social.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes:

- Autolesiones con objetos (“cutting”, lesiones excoriativas, etc)
- Autoingesta de fármacos, sustancias letales como veneno para animales, etc.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:

- Muerte



Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



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

Muerte o daño auto infligido

Describir posibilidad de tratamiento alternativo:

No hay Tratamiento Alternativo.

Riesgos en función de las Particularidades del paciente:

.....
.....

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones:

Todo paciente pediátrico con ideación y/o conducta suicida debe ser abordado de forma integral, con permanente vigilancia, adecuado tratamiento y seguimiento para que logre alcanzar su óptimo desarrollo físico, psicológico y social.



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 de Ideación y/o Conducta Suicida**

Declaro:

Que el Médico, Nombre: _____ Apellidos: _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de la **ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON IDEACIÓN Y/O CONDUCTA SUICIDA**, 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 la ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON IDEACIÓN Y/O CONDUCTA SUICIDA



San Borja, dedel 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Cirujano 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 de **ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON IDEACIÓN Y/O CONDUCTA SUICIDA** 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° _____

Firma del Médico Cirujano Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____