



Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño
San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRAQUEOSTOMÍA

(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: Traqueostomía

Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo):

Descripción del Procedimiento

Se realiza una abertura artificial (ostoma) a nivel del tercer y/o cuarto anillo traqueal para la colocación de una cánula en dirección del tórax para su mantener una vía aérea permeable.

Objetivos del Procedimiento

Lograr una vía aérea funcional para el paciente.

Beneficios Esperados

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Restablecer función respiratoria | <ul style="list-style-type: none">• Reinserción social. |
|--|---|

Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sangrado• Infección | <ul style="list-style-type: none">• Salida de secreción mucosa• Salida del tubo de traqueostomía. |
|--|--|

Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Fístula traqueoesofágica• Salida de alimentos• Broncoespasmo• Desequilibrio hidroelectrolítico | <ul style="list-style-type: none">• Tromboembolia• Paro cardiorrespiratorio• Desorden cerebro vascular• Muerte. |
|---|--|

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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Persistencia de la dificultad respiratoria• Intubación prolongada | <ul style="list-style-type: none">• Estenosis laringotraqueal• Muerte. |
|--|---|

Posibilidad de Tratamiento Alternativo

No hay tratamiento alternativo.

Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones / Observaciones:

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



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 **Traqueostomía** 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 **Traqueostomía**.



Huella

San Borja, de del 20
Hora: ... : ... horas

Firma del Representante Legal

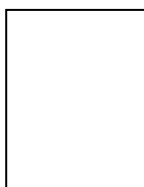
Nombre _____
DNI N° _____

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



Huella

San Borja, de del 20
Hora: ... : ... horas

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____