



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO

(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: Biopsia de Ganglio Linfático cervical () - facial ()

Diagnóstico: Linfadenopatía Periférica Tuberculosa A18.2 () - Tumor Maligno de los Ganglios Linfáticos de la Cabeza, Cara y Cuello C77.0 () - Tumor benigno de los Ganglios Linfáticos D36.0 () - Adenomegalia Localizada R59.0 () - Adenomegalia Generalizada R59.1 ()

Los ganglios linfáticos son unas estructuras ovaladas que forman parte estructuralmente del sistema linfático y funcionalmente del sistema inmunitario, por lo general no son palpables, se hacen evidentes en algunas patologías (enfermedades) en las que el sistema inmune es estimulado y estos pueden ser de tipo inflamatorio o neoplásico.

Descripción del Procedimiento

Es el procedimiento quirúrgico que consiste en la toma de muestra de tejido, ya sea parcial o total de un ganglio linfático en la región de la cabeza y el cuello. Dicho procedimiento se realiza en sala de operaciones bajo anestesia general

Objetivos del Procedimiento

Obtener una muestra de tejido del ganglio linfático apropiada para su estudio de anatomía patológica.

Beneficios Esperados

Identificar la enfermedad localizada en el ganglio linfático.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

Dolor, cicatriz hipertrófica, edema, seroma, sangrado, infección, granuloma, odinofagia, anestesia en el territorio comprometido, paresia y/o parálisis del nervio facial, dependencia de traqueostomía, según evaluación individualizada del caso.

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 ganglio linfático

Posibilidad de Tratamiento Alternativo

No hay tratamiento alternativo.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

Reacción al hilo de sutura

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

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



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto 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 Cirujano _____-_____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento quirúrgico: **Biopsia de Ganglio Linfático localizado en _____** 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 procedimiento quirúrgico de Biopsia de Ganglio Linfático localizado en _____ a favor de mi representado.



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

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Huella Digital

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 **Biopsia de Ganglio Linfático localizado en _____** 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

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____