



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISPLASIA FIBROSA

(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)

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISPLASIA FIBROSA – CODIGO CPMS 21181

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas -
Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo Facial

Diagnóstico: Displasia Fibrosa CIE 10:M85.0

Es una enfermedad rara que se caracteriza por la presencia de áreas o lesiones del esqueleto con un crecimiento anormal, en las que el tejido normal del hueso se sustituye por un tejido fibroso. Este tejido fibroso hace que el hueso afectado sea más frágil de lo habitual.

Descripción del Procedimiento

Es el procedimiento quirúrgico que consiste en la resección parcial o total de la displasia fibrosa a nivel de macizo óseo facial.

Objetivos del Procedimiento

Eliminación total o parcial del tejido displásico de ser posible para lograr restablecer la anatomía y función.

Beneficios Esperados

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

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

Dolor, cicatriz hipertrófica, edema, sangrado, infección, granuloma, dehiscencia de incisión, anestesia en el territorio nervio trigémino.

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 de la displasia fibrosa.

Describir 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.

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: **Displasia Fibrosa**.

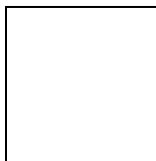
Declaro:

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 de la Displasia Fibrosa**, 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 la Displasia Fibrosa

San Borja, de del 20.....



Huella Digital

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 del **Procedimiento Quirúrgico de la Displasia Fibrosa** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, de del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____