



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEL NASOANGIOFIBROMA JUVENIL

(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°...../2020/INSNSB)

### PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEL NASOANGIOFIBROMA JUVENIL

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

**Diagnóstico: Nasoangiofibroma Juvenil CIE 10: D10.6**

Es un tumor benigno originado detrás de la nariz y encima de la úvula, con comportamiento de agresividad local por su crecimiento y sangrado, de exclusividad en varones y a predominio en la adolescencia.

**Descripción del Procedimiento:**

Es el procedimiento quirúrgico que consiste en la resección total del Nasoangiofibroma a nivel de la región de la cabeza.

**Objetivos del Procedimiento:**

Eliminación resección total del Nasoangiofibroma de ser posible para lograr restablecer la anatomía y función del área afectada.

**Beneficios Esperados**

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

**Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Dolor, cicatriz hipertrófica, queloide, edema, sangrado, infección, granuloma, dehiscencia de incisión, anestesia en el territorio nervio trigémino, paresia y/o parálisis del nervio trigémino, lesión del seno cavernoso y arterias carótidas, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir, ceguera y dependencia según el caso de traqueostomía.

**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 hemangioma y/o malformación arteriovenosa.

**Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

Embolización previa.

**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 Nasoangiofibroma Juvenil**.

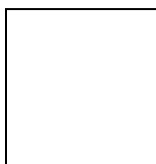
**Declaro:**

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 del Nasoangiofibroma Juvenil** 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 del Nasoangiofibroma Juvenil**

San Borja, ..... de.....del 20.....



Huella Digital

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante Legal  
Responsable**

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico Cirujano**

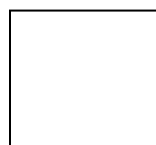
CMP N° \_\_\_\_\_

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 del Nasoangiofibroma Juvenil** 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  
Responsable**

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico Cirujano**

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_