



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOMIELITIS**

(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 OSTEOMIELITIS CODIGO CPMS: 11044 - 11047**

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

**Diagnóstico:** Otras Osteomielitis Agudas M86.1 – Otras Osteomielitis Crónica M86.6

Infección a nivel del hueso de la cara que compromete parcial o totalmente el grosor del hueso, con o sin secreción purulenta.

#### **Descripción del Procedimiento**

Consiste en la limpieza quirúrgica y resección del tejido óseo en mal estado como foco de infección.

#### **Objetivos del Procedimiento**

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la limpieza quirúrgica y resección del tejido óseo con osteomielitis.

**Beneficios Esperados:** Retirar el tejido dañado para permitir un proceso reparativo adecuado.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Dolor, sangrado, infección, dehiscencia de sutura, granuloma, cicatriz hipertrófica o queloide, alteración de la mordida, parestesias o anestesia del nervio infraorbitario y dentario inferior, lesión en piezas dentarias deciduas o permanentes.

#### **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 infección ósea.

**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: **Osteomielitis Aguda ( ) Osteomielitis Crónica ( )**

#### **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 Osteomielitis**, 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 Osteomielitis**

<p>_____ <b>Firma del Representante Legal</b> Nombre _____ DNI N° _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Digital</p>	<p style="text-align: right;">San Borja, ..... de ..... del 20.....</p> <p>_____ <b>Firma del Médico Responsable</b> CMP N° _____ RNE N° _____</p>
---	---	--

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

<p>_____ <b>Firma del Representante Legal</b> Nombre _____ DNI N° _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Digital</p>	<p style="text-align: right;">San Borja, ..... de ..... del 20.....</p> <p>_____ <b>Firma del Médico Responsable</b> CMP N° _____ RNE N° _____</p>
---	---	--