

## ***Consentimiento Informado para la aplicación de Quimioterapia Intra-arterial para el tratamiento de Retinoblastoma en Sala de Hemodinamia***

(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)

### **1. Servicio/Subunidad**

Diagnóstico por Imágenes / Sub Unidad de Soporte al Diagnóstico

### **2. Nombre del Procedimiento**

Quimioterapia intra-arterial para el tratamiento de Retinoblastoma

### **3. Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo)**

Retinoblastoma\_\_\_\_\_

### **4. Descripción del Procedimiento**

Consiste en inyectar quimioterapia directamente en la arteria que alimenta el tumor, a través de la cateterización de una arteria femoral, de esa forma el fármaco actúa con mayor concentración en el ojo afectado y evita que se disperse en otras partes del cuerpo.

### **5. Objetivos del Procedimiento**

Lograr la reducción del tamaño del tumor y su inactividad.

### **6. Beneficios Esperados**

Preservar la visión y la vida del paciente.

### **7. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes**

Náusea o vómitos, dolor en zona de punción.

### **8. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes**

Infección local o sistémica, hematoma en zona de punción, reacciones de hipersensibilidad al medio de contraste, oclusión transitoria de la arteria femoral, pseudoaneurisma en zona de punción, ruptura de la arteria oftálmica, disección arterial, vasoespasma a nivel cerebral, trombosis de arteria o vena oftálmica, edema (hinchazón) de párpado, trombosis venosa intraocular, tromboembolismo cerebral incluso el fallecimiento.

### **9. Consecuencias Previsibles de su NO Realización**

Pérdida de la visión y hasta diseminación del tumor a otros órganos.

### **10. Tratamiento Alternativo**

Extirpación del ojo, quimioterapia sistémica o intraocular.

### **11. Riesgo en función de las Particularidades del Paciente**

\_\_\_\_\_

### **12. Pronóstico**

Bueno ( )

Malo ( )

Reservado ( )

### **13. Recomendaciones**

El paciente previamente al procedimiento se hospitaliza en Oftalmología de donde suele ser transferido a UCI al menos doce horas antes de la quimioterapia para administrarse nimodipino endovenoso, medicamento que reduce el riesgo de vasoespasma. Luego de realizarse la quimioterapia intrarterial requiere permanecer sin movilizar la pierna por lo menos 24 horas después del procedimiento.



### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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: **Aplicación de Quimioterapia Intra-arterial para el tratamiento de Retinoblastoma** de 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 **Aplicación de Quimioterapia Intra-arterial para el tratamiento de Retinoblastoma**



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

Huella

Firma del Representante Legal

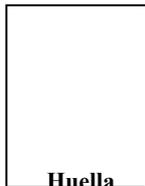
Firma del Médico Responsable

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

CMP N° \_\_\_\_\_  
RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

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 **Aplicación de Quimioterapia Intra-arterial para el tratamiento de Retinoblastoma** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



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

Huella

Firma del Representante Legal

Firma del Médico Responsable

Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

CMP N° \_\_\_\_\_  
RNE N° \_\_\_\_\_