

DOKUMENTAZIO GRAFIKORAKO ETA ARGITALPENETARAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DOCUMENTACIÓN GRÁFICA Y PUBLICACIONES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Gaur egun, ohikoa da irudiak edo bideoak txertatzea pazienteen dokumentazio klinikoan. Oso zabaldua dago argazkiak ateratzea ebakuntza kirurgikoaren aurretik, ebakuntza kirurgikoa egin bitartean eta horren ondoren. Helburu nagusia emaitzak modu objektiboan aztertzea da. Zenbaitetan, patologia jakin batek piztu dezakeen interesa dela eta, helburua zientifikoa baino ez bada eta hartzaileak osasun-profesionalak badira, egokia izan daiteke paziente batzuen irudiak edo datuak argitaratzea, banan-banan edo talde baten azterlanaren testuinguruan. Horrelakoetan, beti zaintzen da anonimotua; hau da, begiak lausotzen dira aurpegiaren irudietan, edo pazienteak ez identifikatzeko beste prozedura batzuk egiten dira.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Argazkiak edo bideoak egiteko baimena ematen dut, nire dokumentazio klinikoan sartzeko.

- Argazki edo bideo horiek medikuntzako argitalpen elektronikoetan eta paperezkoetan erabiltzeko baimena ematen dut, izan aldizkariak, testu-liburuak edo argitalpen elektronikoak. Horrez gain, argazkiak edo bideoak irakaskuntzarako erabiltzea ontzat ematen dut.
- Ulertzen dut ez dudala ordainik jasoko irudi horien truke.
- Prozedurari, emaitzei, likidoei, jariakinei, analitikei, probei eta beste erabilerarik ez duten ehunei buruzko datuak datu-base batean gorde daitezke, gerora erabiltzeko helburu zientifikoekin; nolahi ere, datuon konfidentziasunari eutsiko litzaioke indarrean dagoen legeriari jarraituz (ikerketari biomedikoaren uztailaren 3ko 14/2007 Legea), eta erabilera horrek ez luke beste arriskurik edo eragozpenik ekarriko.
- Baimena ez emateak ez dio eragingo emango didaten arreta medikoari, inola ere.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

La inclusión de imágenes y/o vídeos dentro de la documentación clínica del paciente, es hoy un procedimiento habitual. La realización de fotografías antes, durante y después de la cirugía, es una práctica generalizada. El objetivo fundamental es la valoración objetiva de los resultados obtenidos. En algunos casos, debido al interés que puede tener cierta patología, y siempre con un objetivo exclusivamente científico y destinada a círculos profesionales sanitarios, puede interesar publicar imágenes o datos de algunos pacientes, individualmente o en el contexto de un estudio de un grupo, guardando siempre el adecuado anonimato (difuminación de los ojos en las imágenes faciales u otros procedimientos que impidan la identificación).

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Consiento la toma de fotografías y/o vídeos como parte de mi documentación clínica.

- Consiento que estas fotografías y/o vídeos sean utilizados en publicaciones médicas electrónicas e impresas, incluyendo: revistas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Acepto además, que las fotografías y/o vídeos sean utilizadas para propósitos docentes.
- Entiendo que no recibiré reembolso por las imágenes que proporcione.
- Los datos del procedimiento, resultados, líquidos, fluidos, analíticas, pruebas realizadas y tejidos sin otro uso, pueden ser registrados en una base de datos para ser posteriormente utilizados con fines científicos, manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica), sin suponer todo ello ningún riesgo o molestia adicional.
- La negación de este consentimiento, no afectará de ninguna manera, la atención médica que se me proporcionará.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Medikua/El/La Médico**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha