



**HLE ESKAERA-AMNIOZENTESIA+PROTOKOLOA BAIMEN INFORMATUA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOLICITUD ILE- AMNIOCENTESIS + PROTOCOLO**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

MEDIKU 1 ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....  
PAZIENTEAREN IZENA ETA ABIZENAK:

\_\_\_\_\_ NAN  
zenbakia duenak eta \_\_\_\_\_ urte dituenak,

**B. INFORMAZIOA:**

1. Haurdun dagoela.
2. Ekografietan ikusitakoaren ondorioz, bere borondatez amniozentesi bat egin diotela, haurra jaio aurreko diagnostikoa egiteko.
3. Eta proba horren emaitza honako hau izan dela:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hori dela eta,

**A. IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE DEL MEDICO 1 RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....  
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE:

D.N.I.: \_\_\_\_\_,  
de \_\_\_\_\_ años de edad.

**B. INFORMACIÓN:**

- 1º Que está embarazada.
- 2º Que tras hallazgos ecográficos ha sido sometido voluntariamente a una **Amniocentesis** para diagnóstico prenatal.
- 3º Que dicha prueba ha dado como resultado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ante lo que

**ESKATZEN DU:**

ARABA-Txagorritxuko ESiko Obstetrizia eta Ginekologia Zerbitzuak haurdunaldia andrearen beraren borondatez etetea. Haurdunaldia eteteko aukera hori ekainaren 25eko 825/2010 Errege Dekretuan dago aurreikusita; errege-dekretu horrek partzialki garatzen du martxoaren 3ko 2/2010 Lege Organikoa, 2010eko martxoaren 4an argitaratutakoa, Sexu- eta ugalketa-osasunari eta haurdunaldiaren borondatezko etendurari buruzkoa. Lege organiko horrek zehazki 15. artikuluan jasotzen du haurdunaldia kausa medikoengatik eteteko aukera.

Adierazten du jakinarazi dizkiotela etendura horren tratamendu medikoa eta kirurgikoa, ondorioak eta bigarren mailako ondorioak, eta etendurarako baimena ematen du.

**SOLICITA**

Le sea practicada una interrupción voluntaria de su embarazo por el Servicio de Obstetricia y Ginecología de OSI ARABA-Sede Txagorritxu, en virtud del Real Decreto 825/2010 de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo y publicada el 4 de marzo de 2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo, atendiendo a su artículo 15 de interrupción por causas médicas.

Reconoce haber sido informada de la actitud, tanto médica como quirúrgica ante dicha interrupción, consecuencias y efectos secundarios, y da su consentimiento.

**C.- AMNIOZENTESIA PROTOKOLOA:****MEDIKOAREN IZENA 1:**..... Fecha: .....  
jaunak, Obstetrizian eta Ginekologian mediku  
espezialista denak,**PAZIENTEAREN IZEN-ABIZENAK:**andreari, gaur egun \_\_\_\_\_ asteko haurdunaldia  
duenari, amniozentesia egin ondoren, anomalia fetal  
hau topatu duela:\_\_\_\_\_  
Hori dela eta, ekainaren 25eko 825/2010 Errege  
Dekretuan aurreikusitakoan oinarrituz –errege-  
dekretu horrek partzialki garatzen du martxoaren 3ko  
2/2010 Lege Organikoa, 2010eko martxoaren 4an  
argitaratua, Sexu- eta ugalketa-osasunari eta  
haurdunaldiaren borondatezko etendurari buruzkoa,  
zeinaren 15. artikuluan jasotzen den haurdunaldia  
kausa medikoengatik eteteko aukera–,**MEDIKOAREN IZENA 2**.....Fecha: .....  
jaunak, haurra jaio aurreko diagnostikoaren berri  
eman dio pazienteari, eta, jarraian, babes  
psikologikoa, informazioa eta aukerak eskaini dizkio.Pazienteak haurdunaldia borondatez etetea  
erabakitzen badu, eta aipatutako Lege Organikoa  
arabera, pazienteak haurdunaldia bere borondatez  
etetea **eska dezake**.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza–Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betetz. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeek. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

**C.- PROTOCOLO AMNIOCENTESIS:****NOMBRE DEL MEDICO 1:**..... Fecha: .....  
médico especialista en Obstetricia y Ginecología, tras  
realizar Amniocentesis a:**NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE:**gestante actual de \_\_\_\_\_ semanas, ha  
detectado la siguiente anomalía fetal:\_\_\_\_\_  
Ante esto, y en virtud del Real Decreto 825/2010 de  
25 de junio de desarrollo parcial de la Ley Orgánica  
2/2010 de 3 de marzo y publicada el 4 de marzo de  
2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la  
Interrupción Voluntaria del embarazo, atendiendo a  
su artículo 15 de interrupción por causas médicas.**NOMBRE DEL MEDICO 2:**

&lt;&lt;NOMBREMEDICO&gt;&gt; Fecha: &lt;&lt;FECHA&gt;&gt;

informa a la paciente del diagnóstico prenatal,  
recibiendo a continuación apoyo psicológico,  
información y alternativas.Si la paciente acepta la I.V.E., y en virtud de la Ley  
Orgánica referida, ésta **puede solicitar** le sea  
practicada una interrupción voluntaria de su  
embarazo.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza–Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>.

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/EI/La Médico-1****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/EI/La Médico-2****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Legezko Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: 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