



HLE ESKAERA-KORIONEKO BIOPSIA-PROTOKOLOA BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOLICITU ILE- BIOPSIA CORIAL + PROTOCOLO

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

_____ NAN
zenbakia duenak eta _____ urte dituenak,

D.N.I.: _____,
de _____ años de edad.

B. INFORMAZIOA:

- 1. Haurdun dagoela.
- 2. Ekografietan ikusitakoaren ondoren, bere borondatez **korioneko biopsia** bat egin diotela, haurra jaio aurreko diagnostikoa egiteko.
- 3. Eta proba horren emaitza hau izan dela:

Hori dela eta,

B. INFORMACIÓN:

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

ante lo que

ESKATZEN DU:

ARABA-Txagorritxuko ESiko Obstetria eta Ginekologia Zerbitzuak haurdunaldia andreamen 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.- KORIONEKO BIOPSIA PROTOKOLOA:

NOMBRE DEL MEDICO 1:
..... **Fecha:**
jaunak, Obstetrixian eta Ginekologian mediku
espezialista denak, **korioneko biopsia bat** egin
ondoren

PAZIENTEAREN IZEN-ABIZENAK:

..... andreamari,
gaur egun asteko haurdunaldia duenari,
anomalia fetal hau topatu du:

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–,

MEDIKUAREN 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 Organikoren
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-erakundeak. 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 BIOPSIA CORIAL:

NOMBRE DEL MEDICO 1:
..... **Fecha:**
médico especialista en Obstetricia y Ginecología, tras
realizar **Biopsia Corial** 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:
..... **Fecha:**
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