



HLE ESKAERA- EKOGRAFIA +PROTOKOLOA BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOLICITU ILE- ECOGRAFÍA + PROTOCOLO

A. IDENTIFIKAZIOA:

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

A. IDENTIFICACIÓN:

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

NANA: _____
_____ urtekoak.

D.N.I.: _____,
de _____ años de edad.

B. INFORMAZIOA:

- Haurdun dagoela.
- Ekografia obstetrikotik bat egin ondoren,

detektatu diotela, eta diagnostiko hori bigarren
espezialista batek berretsi duela.
- Haurra jaio aurreko diagnostiko horren berri eman
diotela, eta, jarraian, babes psikologikoa,
informazioa eta aukerak eskaini dizkietela

Hori dela eta,

B. INFORMACIÓN:

- Que está embarazada.
- Que tras practicarle una Ecografía Obstétrica se
le ha detectado
_____,
habiéndose ratificado dicho diagnóstico por un
segundo especialista.
- Que se le ha comunicado e informado de dicho
diagnóstico prenatal, habiendo recibido a
continuación apoyo psicológico, información y
alternativas.
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.
Halaber, adierazten du jakinarazi dizkietela etendura
horren tratamendu medikoa zein 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.

Asimismo, 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

Fecha:jaunak,
Obstetrizian eta Ginekologian mediku espezialista
denak, **azterketa ecografía bat** egin ondoren

PAZIENTEAREN IZEN-ABIZENAK:

andreari, 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–,

_____ jaunak/andreak, biek diagnostikoan bat eginez, eta
saio kliniko ekografikoaren ondoren,

_____ jaunak/andreak haurra jaio aurreko diagnostikoaren
berri eman dio pazienteari, eta, jarraian, babes
psikologikoa, informazioa eta aukerak eskaini dizkio.

_____ jaunak/andreak Pazienteak haurdunaldia borondatez
etetea erabakitzen badu, eta aipatutako Lege
Organikoaren arabera, pazienteak haurdunaldia bere
borondatez etetea **eska dezake**.

C.- PROTOCOLO DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:

.....Fecha:
médico especialista en Obstetricia y Ginecología, tras
realizar **estudio ecográfico** 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.

D. _____
Coincidiendo ambos en el diagnóstico, y tras sesión
clínica ecográfica.

D. _____
informa a la paciente del diagnóstico prenatal,
recibiendo a continuación apoyo psicológico,
información y alternativas por:

D. _____
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.

Datuen babesari buruzko oinarriko 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 betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatze 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/>

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.

Pazienteak / El Paciente/s**Pazientearen izen-abizenak eta NAN**

Nombre, apellidos y DNI del paciente

.....

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

Legezko Ordezkaria: 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