

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
HLE ESKAERA-ZITOMEGALOBIRUSAK/ SOLICITUD ILE- CITOMEGALOVIRUS

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

PAZIENTEAREN IZENA ETA ABIZENAK:

..... NAN zenbakia
duenak eta urte dituenak,

A. IDENTIFICACIÓN:

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

NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE:

D.N.I.:,
de años de edad.

B. INFORMAZIOA:

Datu analitikoek baieztatzen dutela **zitomegalobirusak** eragindako primoinfezioa daukela, eta horrek fetuari eragiteko arriskua dagoela.

B. INFORMACIÓN:

Ante los datos analíticos que confirman primoinfección materna por **Citomegalovirus** y el riesgo de afectación fetal,

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.

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 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 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/>

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 ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

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/k / 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