



HERIOTZA PERINATALA AZTERTZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO MUERTE PERINATAL

Nik,

.....
.....

jaun/andreak, ama / aita naizen aldetik,

baimena ematen diot Arabako ESIari

ez diot baimenik ematen Arabako ESIari

azterketa anatomopatologikoa egiteko, beharrezko eremu guztietan, heriotzaren zuzeneko eta zeharkako arrazoiak aztertze.

Diagnostikorako azterketa genetikoa beharrezkoa izanez gero,

egiteko baimena ematen dut, azterketa morfologikoa (kanpoko itxura) eta somatometria (pisu eta neurriak) egin daitezen aitortzen.

ez dut egiteko baimenik ematen.

Behin azterketa osatuta, emaitzen berri emango didate ginekologoaren / neonatologoaren eta/edo aholkularitza genetikoko kontsulta espezializatuko hurrengo bisitan.

Datuen babesari buruzko oinarrizko 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, agintaritza 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/>

Don/Dña.:.....

.....

madre / padre

doy mi consentimiento a la OSI Araba

no doy mi consentimiento a la OSI Araba

para que se realice un examen anatomopatológico en la extensión necesaria para analizar las causas directas e indirectas del fallecimiento.

En caso de ser necesario realizar estudio genético para un correcto diagnóstico,

autorizo su realización, consintiendo el examen morfológico (aspecto externo) y somatometría (peso y medidas).

no autorizo su realización.

Una vez completado el estudio, seré informado/a del mismo en la próxima consulta de ginecología / neonatología y/o consulta especializada de asesoramiento genético.

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>

Medikua / El/La Médico/a

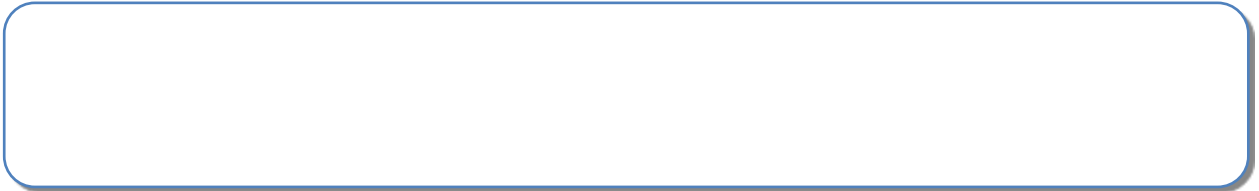
Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha



Ama/Aita / Madre/Padre:

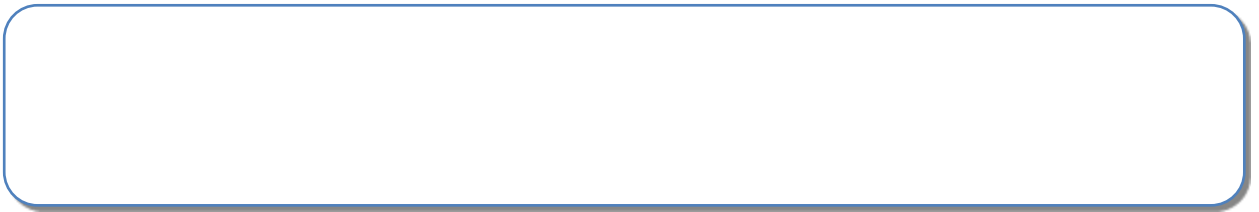
Izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha



Ama/Aitaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO Madre/Padre:

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 SOMETERLE al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento.

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha

