

## AUO-KO BIHOTZ-ERREHABILITAZIOKO UNITATEAK PARTE HARTZEN DUEN IKERKETA- PROIEKTUETAN BIHOTZ-ERREHABILITAZIOKO DATU KLINIKOAK ERABILTZEKO BAIMEN INFORMATUA /

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE DATOS CLÍNICOS-RHB CARDIACA EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN LOS QUE PARTICIPE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA DEL HUA

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

#### B. INFORMAZIOA:

Zuk duzun bihotz-patologiaren tratamenduarekin lotuta, bihotzeko errehabilitazioko programa batean sartu zaituzte. Programa horretan zauden bitartean, zure eboluzioaren datu klinikoak jasoko dira (analitikak, bihotzeko probak, eta abar); horiek ematen ari gaitzaizkizun laguntza mota ebaluatzeko, eta ondoren, ikerketak, azterketak eta zientzia-aldizkarietan emaitzen argitalpenak egiteko erabili ahal izango dira; horrela, zu artatzeko arrazoi diren arazoak hobeto ezagutzeko aukera izango dugu.

Osasunaren eta biomedikuntzaren arloko ikerketa-jarduera horiek egiteko, zure baimena eskatzen dizugu informazio kliniko hori horretarako diseinatutako datu-base batean biltzeko eta etorkizunean egingo ditugun eta/edo parte hartuko dugun azterlanetan datuak erabili ahal izateko. Datu-base horretako informazioa erabiltzen duten azterlan guztiak Bioaraba Ikerketa Biosanitarioko Institutuaren webgunean argitaratuko dira (<https://www.bioaraba.org>). Beraz, zure informazioa zer azterlanetan erabiltzen ari den jakin ahal izango duzu, eta, nahi izanez gero, datuak kentzeko eskatu.

Halaber, zure onarpena guztiz borondatezkoa dela jakin behar duzu. Uko egin diezaiokezu zure datu klinikoak osasunari eta biomedikoari buruzko gure ikerketa-jardueretan erabiltzeari, horrek inolako kalterik eragin gabe, zure arreta medikoari eragin gabe edo zure eskubideak dituen onurak galtzea eragin gabe. Biltegitzearen edo zure informazioa proiekturen batean erabiltzearen inguruko baimena kendu nahi baduzu, posta elektronikoz ([secretariacardiologiahua@osakidetza.eus](mailto:secretariacardiologiahua@osakidetza.eus)) edo 945007304 telefono-zenbakiaren bidez eskatu ahal izango duzu, zure informazioa erabiltzeko baimena eman zenuen medikuarengana joz.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

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

#### B. INFORMACIÓN:

Relacionado con el tratamiento de la patología cardiaca que usted tiene se le ha incluido en un programa de rehabilitación cardiaca. Mientras permanezca en este programa, se recogerán datos clínicos de su evolución (analíticas, pruebas cardiológicas etc.) que pueden ser utilizados para evaluar el tipo de asistencia que le estamos proporcionando y para poder realizar posteriormente, investigaciones, estudios y publicaciones de los resultados en congresos y revistas científicas que nos permitirán conocer mejor los problemas por los que le atendemos.

Al objeto de estas actividades de investigación en materia de salud y biomédica, solicitamos su permiso para recoger esta información clínica en una base de datos diseñada a tal efecto y poder utilizar los datos en los futuros estudios que desarrollemos y/o participemos. Todos los estudios en los que se emplee la información incluida en esa base de datos serán publicados en la web del Instituto de Investigación Biosanitaria Bioaraba (<https://www.bioaraba.org>) por lo que usted podrá conocer en qué estudios se está utilizando su información y solicitar su retirada si así lo desea.

Debe saber que su aceptación es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a que utilicemos sus datos clínicos en nuestras actividades de investigación en materia de salud y biomédica sin que de ello se derive ningún perjuicio, ni que se vea afectada su atención médica o que suponga pérdida de los beneficios a los que usted tiene derecho. Si deseara retirar su autorización al almacenaje o uso de su información en algún proyecto, simplemente puede solicitarlo mediante correo electrónico ([secretariacardiologiahua@osakidetza.eus](mailto:secretariacardiologiahua@osakidetza.eus)) o mediante el teléfono 945007304 dirigiéndose al facultativo/a al que autorizó previamente el uso de su información.



Erregistratutako datuak aldizkari zientifikoetan argitaratu ahal izango dira, baina zure nortasuna konfidentziala izango da beti. Zuri buruz erregistratzen den informazio guztia erabat isilpekoa da, indarrean den araudian ezarritakoaren arabera (14/2007 Lege Organikoa, uztailaren 3koa, Biomedikuntzako Ikerkuntzari buruzkoa).

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Zure parte-hartzeak ez dakar zure osasunerako inolako arriskurik.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamenduaren helburua da Osasun Sistema Publikoko pazienteekin ikerketa-proiektuak egitea, interesdunaren baimenarekin bat etorri eta interes publikoaren alde edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoak erabiliz egindako eginkizun bat betez. Ez zaie daturik utziko hirugarrenei, legezko betebeharra izan ezik. Interesdunak eskubidea du datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko, eta datuen tratamendua mugatzeko edo haren aurka egiteko. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa>

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN ONDOREN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU OSTEAN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN.**

Los resultados de los estudios podrán ser publicados en revistas científicas pero su identidad permanecerá confidencial. Toda la información que se registre de usted, es estrictamente confidencial, según lo establecido en la legislación vigente (Ley Orgánica 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica).

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Su participación no conlleva ningún perjuicio para su salud.

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 es la realización de proyectos de investigación con pacientes del Sistema Público de Salud, conforme al consentimiento de la persona interesada y al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. 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: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

**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 / El/La Médico**

**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 Ordezkaria: pazientea ezgaituta badago edo adingabea bada / Representante legal: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NANA 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**

**Ulertzen dut zenbaiterainoko irismena eta arriskuak dituen adierazitako prozedura EZ BETETZEAK. Eta baldintza horietan erabiltzen dut atzera egiteko eskubidea.**

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