

**ODOLAREN ETA DERIBATUEN TRANSFUSIOARI UKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEGATIVA A TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y DERIVADOS**

Jaun/andre honek:

D/Doña:

HIK:

CIC:

IZENA:

NOMBRE:

DEITURAK:

APELLIDOS:

adinez nagusia denak eta dokumentu hau sinatzean epaitzeko eta erabakitzekeo legezko gaitasuna duenak,

mayor de edad, con capacidad legal, de enjuiciamiento y deliberación en el momento de firmar este documento.

DIAGNOSTIKO hau izanik:

Con DIAGNÓSTICO de:.....

HAU ADIERAZTEN DU:

Behar bezala eta informazio nahikoarekin adierazi didate balitekeela odol-transfusioa behar izatea, nire gaixotasuna edo egingo didaten interbentzioa dela eta. Orobat, jakinarazi didate konplikazio larriak edo heriotza gertatzeko arriskua dagoela tratamendu hori egiten ez bada.

MANIFIESTO:

Que se me ha comunicado e informado ampliamente que debido a mi enfermedad y/o a la intervención que se me va a realizar puedo llegar a precisar una transfusión sanguínea. Que puedo tener riesgos de complicaciones graves, incluso la muerte, si no se procede a dicho tratamiento.

Era berean, esan didate zentro honetako talde medikoak transfusioa ez diren beste aukera guztiak erabiliko dituela nire tratamenduan. Halaber, adierazi didate egingo didaten interbentzioak hemorragia sortzeko edo odola galtzeko arriskua dakarrela, bai interbentzioa egin bitartean bai interbentzioa egin ondoren.

Así mismo, se me informa que el equipo médico de este centro utilizará todas las medidas alternativas disponibles a la transfusión para mi tratamiento. También, se me ha informado que la intervención prevista conlleva un riesgo de hemorragia o pérdida de sangre, intraoperatoria o postoperatoria.

Hala ere, uko egiten diot odol-transfusioa egiteari nire erlijio-sinesmenak direla eta, nire duintasunean balio handi-handia ematen baitiot odolaren osagai zuzenak ez jasotzeari; hortaz, odol-transfusioa ez egiteak ekar ditzakeen arriskuak onartzen ditut.

A pesar de ello, y debido a mis creencias religiosas, por las que considero un valor de alto rango en mi dignidad la no transfusión de elementos directos de la sangre, me niego a aceptar que se me transfunda sangre, asumiendo los riesgos que de ello se deriven.

LEKUKOAK:**TESTIGOS:**

Izen-deiturak eta NAN:

D. / Doña Nombre y Apellidos del Testigo con DNI:

Izen-deiturak eta NAN:

D. / Doña Nombre y Apellidos del Testigo con DNI:

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**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: 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.....