



**ESKUMENIK EZ DUTEN PAZIENTEETAN TRANSFUSIOA UKATZEKO JAKINARAZPENA EPAITEGIRA.
COMUNICACIÓN JUZGADO DE NEGATIVA TRANSFUSIÓN EN PACIENTES NO COMPETENTES**

GUARDIAKO EPAITEGIA

GUARDIAKO

JAUNARENTZAT/ANDREARENTZAT

JUZGADO DE GUARDIA

EPAILE

A LA ATENCIÓN DEL SR. JUEZ DE GUARDIA

Zera adierazten dizut:

.....

HIK:

IZENA:

DEITURAK:

.....

Le comunico que D./Dña.:

.....

CIC:

NOMBRE:

APELLIDOS:

.....

adin txikikoa dena edo gaitasun osoa ez duena, AUOn ospitaleratuta dago, diagnostiko honekin:

.....

.....

.....

Odol-transfusioa behar du orain, baina gurasoek/ordezkariek uko egin diote, nahiz eta erabaki horrek bizitza arriskuan jartzen duen.

menor de edad o no competente, está ingresado en el AUO/HUA con el diagnóstico de.....

.....

.....precisando en

éste momento una transfusión sanguínea, a lo que se niegan sus padres/representantes, a pesar del riesgo vital que dicha decisión conlleva.

Gurasoen edo legezko ordezkarien identifikazioa:

Identificación de padres o representantes legales:

Gurasoetako edo tutoreetako baten izen-deiturak eta NAN:

D./Dña. Identificación de uno de los padres o tutores con DNI:

Egoera honen berri ematen dizut, egokitzat jotzen duzuna egin dezazun.

Pongo en conocimiento de V. I. dicha situación para lo que estime conveniente.

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/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

Ordezkarria: 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