



OBOZITOEN KONTSERBAZIOA BERTAN BEHERA UZTEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESE DE LA CONSERVACIÓN DE OVOCITOS

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

.....
andrea, adin nagusikoa, <~~~> -
~~~~~> NAN/pasaportea duena, eta  
bizitokia <~~~> ~~~~>  
(hirian/herrian)duena,  
<~~~> ~~~~> kalean <~~~>  
~zenbakian, kode Postala <~~~> ~~~~>  
Herrialdea <~~~> ~~~~> .

### B. INFORMAZIOA:

1. Jarduteko gaitasun osoa izatea.
2. Egintza honetan, askatasunez, kontzienteki eta berariaz, idatzizko baimena ematen dut nire obozitoak beste erabilerarik gabe kontserbatzeari uzteko.
3. Egintza honen aurretik, kriokontserbatutako obozitoei eman dakizkiekeen destinoei buruzko informazio osoa eman didate, indarrean dagoen legeriaren arabera (14/2006 Legea, 11. 4. artikulua).
4. ....  
doktoreak, emandako informazio guztia behar bezala ulertu dudala.
5. Jakinarazi didate obozitoen kriokontserbazioa arduradun medikoek uste duten arte luzatu ahal izango dela, dagokion zentrotik kanpoko espezialista independenteen aldeko irizpenarekin, hartzaileak ez dituela betetzen laguntza bidezko ugalketa-teknikarako klinikoki egokiak diren baldintzak.
6. Behar den eta eskatu didaten informazio dokumentatu guztia eman dudala, LGUTrako edo haurdunaldirako klinikoki egokiak diren baldintzak betetzen ez ditudala frogatzeko, eta, hala, beste helbururik gabe desizozteko.
7. Jakin badakit, obozitoak desizoztu baino lehenagoko edozein unetan, prozedura bertan behera uzteko eska dezakedala, eta eskaera horri kasu egin behar zaiola eta obozito horiei legezko irteera eman behar zaiela.

Eta, behar bezala informatu ondoren, **BAIMENA EMATEN DUT**, beste helbururik gabe, desizozteko prozedura egokiak aplikatzeko nire \_\_\_\_ obulutegi kriokontserbatuak, \_\_\_\_ (e)ko \_\_\_\_ aren \_\_\_\_ (e)(a)n hartutako estimulazio obariko tratamendutik datozenak.

### A. IDENTIFICACIÓN:

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

D<sup>a</sup>. \_\_\_\_  
mayor de edad, con DNI/Pasaporte.  
nº <~~~> ~~~~>, y con domicilio en la ciudad de  
<~~~> ~~~~>  
>, calle <~~~> ~~~~> nº  
<~~~> ~~~~> C.P. <~~~> ~~~~> País  
<~~~> ~~~~> .

### B. INFORMACIÓN:

1. Tener plena capacidad de obrar.
2. En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto mi consentimiento escrito al cese de la conservación de mis ovocitos sin otra utilización.
3. Que anteriormente a este acto, se me ha dado información completa de los diferentes destinos que pueden darse a los ovocitos criopreservados según la legislación vigente (Ley 14/2006, Artículo 11. 4.).
4. Que he comprendido toda la información que se me ha dado en forma suficiente y adecuada por parte del Dr./Dra.  
.....
5. Que he sido informada de que la crioconservación de los ovocitos se podrá prolongar hasta el momento en que se considere por los responsables médicos, con el dictamen favorable de especialistas independientes y ajenos al centro correspondiente, que la receptora no reúne los requisitos clínicamente adecuados para la práctica de la técnica de reproducción asistida.
6. Que he aportado toda la información documentada que se precisa, y se me ha solicitado, para demostrar que no reúno los requisitos clínicamente adecuados para una TRHA o un embarazo y así proceder a la descongelación sin otro fin.
7. Conocer que, en cualquier momento anterior a la descongelación de los ovocitos, puedo pedir que se suspenda el procedimiento, y que dicha petición deberá atenderse, obligándose a dar una salida legal a dichos ovocitos.

Y una vez debidamente informada, **AUTORIZO** a la aplicación de los procedimientos adecuados para la descongelación sin otros fines de mis \_\_\_\_ ovocitos criopreservados procedentes del tratamiento de estimulación ovárica al que me sometí el \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

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 betetz. 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: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

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 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.**

**Paziente/ 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 .....



**Pazientearen ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente .**

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.....