

PREENBRIOIEN KONTSERBAZIOA BERTAN BEHERA UZTEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESE DE LA CONSERVACIÓN DE PREEMBRIONES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

.....
andrea, adin nagusikoa, <~~~> NAN/pasaportea
duena, egoera zibila <~~~> eta
<~~~> jauna,
adin nagusikoa
<~~~> NAN/pasaportea duena,
egoera zibila <~~~> eta bizitokia
<~~~> (hirian/herrian) duena,
<~~~> klean <~~~>
zenbakian, kode Postala <~~~>
Herrialdea <~~~> eta senar-
emazte/izatezko bikote/ bikoterik gabeko emakume moduan)
datozenak. <~~~>

B. INFORMAZIOA:

- Jarduteko gaitasun osoa izatea.
- Egintza honetan, askatasunez, kontzienteki eta berariaz, idatzizko baimena ematen dut/dugu nire/gure preenbrioiak beste erabilerarik gabe kontserbatzeari uzteko.
- Egintza honen aurretik, informazio osoa eman didatela enbrioi kriotontserbatuei eman dakizkiekeen destinoei buruz, indarrean dagoen legeriaren arabera (14/2006 Legea, 11. 4 artikulua).
- ... doktoreak, <<MEDIKUEN ELKARGOKIDE-ZENBAKIA>> eman didaten/diguten informazio guztia behar bezala ulertu dudala/dugula.
- Soberako preenbrioiaren kriotontserbazioa arduradun medikoek uste duten arte luzatu ahal izango dela jakinarazi didatela, dagokion zentrotik kanpoko espezialista independenteen aldeko irizpenarekin, hartzaileak ez dituela betetzen laguntza bidezko ugalketa-teknikarako klinikoki egokiak diren baldintzak.
- Behar den informazio guztia, eta eskatu zaiguna, eman dudala/dugula, emakumeak haurdunaldirako klinikoki egokiak diren baldintzak betetzen ez dituela frogatzeko eta, hartara, beste helbururik gabe desizozteko.
- Preenbrioiaren desizoztea baino lehenagoko edozein unetan prozedura bertan behera eska dezakedala/dezakegula jakitea, eta eskaera horri erantzun egin beharko zaiola, eta preenbrioi horiei legezko irteera eman behar zaiela.

A. IDENTIFICACIÓN:

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

D^a. _____
mayor de edad, con DNI/Pasaporte.
nº <~~~>, estado civil
<~~~>, y D. <~~~>
.....
mayor de edad, con DNI/Pasaporte
<~~~>, estado civil
<~~~>, y con domicilio en la ciudad de
<~~~>
>, calle <~~~> nº
<~~~> C.P. <~~~> País
<~~~>, concurriendo como
(matrimonio/pareja de hecho/mujer sin pareja)
<~~~>

B. INFORMACIÓN:

- Tener plena capacidad de obrar.
- En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos mi/nuestro consentimiento escrito al cese de la conservación de mi/nuestros preembriones sin otra utilización.
- Que anteriormente a este acto, se me/nos ha dado información completa de los diferentes destinos que pueden darse a los embriones criopreservados según la legislación vigente (Ley 14/2006, Artículo 11. 4.).
- Que he/hemos comprendido toda la información que se me/nos ha dado en forma suficiente y adecuada por parte del Dr./Dra. <<NOMBREMEDICO>> <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>
- Que he/hemos sido informados de que la crioconservación de los preembriones sobrantes 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.
- Que he/hemos aportado toda la información documentada que se precisa, y se nos ha solicitado, para demostrar que la mujer no reúne los requisitos clínicamente adecuados para un embarazo y así proceder a la descongelación sin otro fin.
- Conocer que, en cualquier momento anterior a la descongelación preembrionaria, puedo/podemos pedir que se suspenda el procedimiento, y que dicha petición deberá atenderse, obligándose a dar una salida legal a dichos preembriones.

Eta, behar bezala informatu ondoren, **BAIMENA EMATEN DUT/BAIMENA EMATEN DUGU** beste helbururik gabe desioztereko prozedura egokiak aplikatzeko nire/gure ____ enbrioi kriokontserbatuak, ____ (e)ko ____ aren ____ (e)(a)n hartutako IVE tratamendutik datozenak.

____ (e)n, ____ (e)ko ____ aren ____ (e)(a)n

Medikuaren sinadura

.....

Pazientearen sinadura, NAN:

.....

Bikotekidearen sinadura, NAN:

.....

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 Osakidetza 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>

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

Y una vez debidamente informados, **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a la aplicación de los procedimientos adecuados para la descongelación sin otros fines de mi/nuestros ____ embriones criopreservados procedentes del tratamiento de FIV al que me/nos sometimos el ____ de ____ de ____.

En ____ a ____ de ____ de ____

Fdo. El/La Facultativo/a

.....

Firma Paciente DNI:

.....

Firma Pareja DNI:

.....

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>

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/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

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.

<<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ezkontza, izatezko bikotea, bikotekiderik gabeko emakumearen ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del matrimonio, pareja de hecho, mujer sin pareja**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.

D./Dña.....

Sinadura eta data

Firma y fecha.....