

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

JAIOAURREKO DIAGNOSTIKOA EGITEKO EKOGRAFIA

ECOGRAFIA DE DIAGNOSTICO PRENATAL

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> Data: <<FECHA>>

B. AZALPENA:

Teknika honen helburua da umekia, eta haren ingurunea behatzea (plazenta, likido amniotikoa, etab.). Teknika hau baginatik eta/edo abdomenetik egin daiteke (haurdunaldia eta baldintzen arabera, betiere).

Ekografiak balizko anomalia morfologiko fisikoen berri eskaintzen du, baina ez sortzetiko bestelako akatsena (biokimikoak, metabolikoak, genetikoak, kromosomikoak, etab.). Beraz, azterketa ekografikoaren emaitza normala izateak ez du bermatzen umea inolako alteraziorik edo atzerapen mentalik gabe jaioko denik.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Ekografiari esker, umekiari anomalia morfologikoak antzeman ahal bazaizkio ere, teknikaren zehaztasuna zenbait faktoreren arabera izaten da: haurduntza-garaia (fidagarriagoa da 20. astera aldera); anomalia-motak (batzuen ekografia-espresibitatea oso eskasa da, edo batere ez dute); haurdun dagoen emakumearen egoera (obesitateak, oligohidramnioak,... zaildu egin dezakete miaketa); eta umekiaren jarrerak berak. Diagnostiko ekografikoaren batez besteko sentsibilitatea %56koa da (tartea %18 eta %85 artekoa izanik).

Kasu batzuetan, halabeharrez, berandu egingo da detekzioa (umekiaren infekzioak, zenbait anomalia digestibo, gernu- edo heste-buxadurak, displasia eskeletikoak, etab.). Izan ere, patologia horiek haurdunaldiaren fase aurreratu batean sortu eta/edo agertzen dira.

Ekografiak, umekiaren egoerari buruzko informazioa eman arren, ez da berez haren ongizatea guztiz ziurtatzeko bezalakoa izaten.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> Fecha: <<FECHA>>

B. DEFINICIÓN:

Se trata de una técnica que puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal (según época de la gestación y condiciones) que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, etc.)

La ecografía solo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc.). Por tanto el resultado normal de mi estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin alteraciones o retraso mental.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Si bien la ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la época de la gestación (más fiable alrededor de las 20 semanas), el tipo de anomalías (algunas tienen poca o nula expresividad ecográfica), de las condiciones de la gestante (la obesidad, oligoamnios, etc) que pueden dificultar la exploración y de la propia posición fetal. La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%, entre 85% y 18%

En algunos casos la detección será forzosamente tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas, etc.) dado que tales patologías se originan y/o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

La ecografía, aunque orienta sobre la condición fetal, no tiene por sí sola un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA,
HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS
CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

E.BESTELAKO AUKERAK:

E. ALTERNATIVAS:

<-->

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzako langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeke, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

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 obligación legal. 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 ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

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/k / El Paciente/s**Pazientearen izen-abizenak eta NAN**

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

<-->

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

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