



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
ETXEKO OSPITALIZAZIOA – OSPITALERATZEA
HOSPITALIZACION A DOMICILIO – INGRESO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Etxeko Ospitalizazioa pazientearen etxean bertan eskaintzen den osasun-arreta da; horretarako, ospitalekoen antzeko giza baliabideak eta baliabide materialak erabiltzen dira.

Osasun arloko zenbait taldek osatzen dute Etxeko Ospitalizazio Zerbitzua, medikuak eta erizainak tartean direla. Zure etxean bertan eskainiko dizute arreta, talde horrek zehaztutako maiztasunaren arabera, betiere zure gaixotasunaren bilakaera nolakoa den kontuan izanda.

Beharrezkoa izango da zaindari nagusi bat izatea, eta telefono bat ere eskura edukitzea. Zaintzailea gai izan beharko da osasun arloko taldearekin lankidetzan aritzeko, gaixoa etxean denean behar duen zaintza eskain diezaion (garbitasuna, jatekoa ematea, medikamentuak ematea, eta bestelako eginkizun teknikoak).

Hauxe izango da bisiten ordutegia:

Lanegunetan: 09:00 – 14:00
15:00 – 20:00

Larunbat, igande eta jaiegunetan:

09:00 – 14:00

Etxera egingo dizkizuten bisiten orduetatik kanpo, langile sanitarioekin harremanetan jartzeko aukera edukiko duzu, telefonoz, **943 03.53.00** zenbakira deitu, eta Etxeko Ospitalizazio Zerbitzuekin jartzeko eskatuz.

Lanegunetako gaueko ordutegian, edo larunbat, igande eta jaiegunetako arratsalde eta gaueko ordutegian deituz gero, Larrialdi Zerbitzuen bidez bideratuko da osasun-arreta. Zerbitzu horri egunero eskainiko diogu zure datu pertsonalen eta gaixotasunaren bilakaeraren berri, behar bezala eta segurtasunez. Premia izanez gero, 943.46.11.11. zenbakira deitu beharko duzu, Debagoieneko ESiko Etxeko Ospitalizazio Zerbitzuko pazientea zarela adierazita.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

La Hospitalización a Domicilio es aquella actividad asistencial realizada en el propio domicilio del paciente, llevada a cabo con recursos humanos y materiales similares a los hospitalarios.

El servicio de Hospitalización a domicilio está formado por varios equipos sanitarios con personal médico y de enfermería. Le atenderán en su domicilio con la frecuencia y periodicidad que determine dicho equipo, según el curso clínico de la enfermedad del paciente.

Es necesaria la existencia de un cuidador principal y teléfono accesible. El cuidador ha de estar en condiciones de colaborar con el equipo sanitario en los cuidados que requiera el enfermo una vez esté en el domicilio (aseo, alimentación, administración de medicamentos y tareas técnicas, en colaboración con el equipo de Hospitalización a Domicilio).

El horario de visitas será:

Días laborales: De 09:00 a 14:00 horas
De 15:00 a 20:00 horas

En sábados, domingos y festivos:

De 09:00 a 14:00 horas

Fuera de las visitas en su domicilio puede realizar un contacto telefónico con nuestro personal sanitario llamando al **943.03.53.00** y solicitar que le pongan con el servicio de Hospitalización a Domicilio.

La cobertura sanitaria en **horario de noche en días laborales y de tarde-noche en sábados, domingos y festivos** correrá a cargo del servicio de Emergencias, al cual le proporcionaremos diariamente sus datos personales y la evolución de su enfermedad de forma precisa y segura. En caso de necesidad debería llamar al 943.46.11.11 indicando que es usted es paciente del servicio de Hospitalización a Domicilio del OSI Alto Deba.



<--

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 ezabatzeko, 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 asistencia, 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

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko 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