



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
UKO EGITEA HOMODERIBATUEN BIDEZKO TRATAMENDUARI  
NEGATIVA AL TRATAMIENTO CON HEMODERIVADOS**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**INTERBENTZIOA ETA/EDO TRATAMENDUA:**

<~~ ~>

**PAZIENTEAREN IZEN-ABIZENAK:**

<~~ ~>

**Nire erlijio-uste sendoetan oinarrituta, jarrera honek eragiten duena oso-osorik ulertuta eta neure aukera indarrean jarrita, kanpoko edozein iritzi-eraginetatik aske,**

**HAUXE ADIERAZTEN DUT:**

- 1. ONARTZEN DUT Proposatutako interbentzioa eta/edo tratamendua.**
- 2. Onarpen honek BAZTERTU EGITEN DITU odolaren nahiz odol-osagaien transfusioa eta nire odolaren laginen baten erabilera, nahasteko asmoa dagoenean; aldiz, ONARTZEN DU plasma-hedatzaileak erabiltzea (soluzioak, glukosatua, hemocel, Ringer soluzioa,...).**
- 3. Erabatekoa da egiten dudana uko esplizitua, odolaren nahiz edozein odol-osagaien transfusioa jasotzeari dagokionez, eta ez da INOLAZ ERE bertan behera utzi behar, senide nahiz hirugarren pertsonaren batek emandako baimen bat tarteko. Uko egite hori indarrean egongo da konorterik gabe eta/edo medikazio, atake edo beste edozein egoeraren eraginpean banago ere, nire nahiak adierazi eta beste tratamendu aukera batzuk onartu ezinik nagoenean alegia, nahiz eta nirekin ari den/diren medikuaren/en iritzia izan UKO HORREK NIRE BIZIA KOLOKAN JAR DEZAKEELA.**
- 4. Baimen-mugatze hau indarrean egon beharko da eta tratatzen nautenek ezin izango dute bertan behera utzi, harik eta nik beren-beregi bertan behera utzi arte idatziz.**
- 5. ONDORRENGO BAIMENAK: onartu egiten dut gerora beharrezkoak izan daitezkeen tratamendu eta/edo interbentzioak egitea, odol-transfusioak izan ezik.**

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**INTERVENCIÓN Y/O TRATAMIENTO:**

<~~ ~>

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:**

<~~ ~>

**Basándome en mis convicciones religiosas, con total comprensión de las implicaciones de esta postura y ejerciendo mi propia elección, libre de cualquier influencia externa,**

**DECLARO:**

- 1. CONSENTIR la intervención y/o tratamiento propuesto.**
- 2. Este consentimiento EXCLUYE la transfusión de sangre o componentes de sangre y el uso de cualquier muestra de mi sangre con la intención de cruzarla, pero INCLUYE los expansores de plasma (soluciones, glucosado, hemocel, solución de Ringer...).**
- 3. Mi negativa explícita a recibir transfusiones de sangre o a cualquier componente de sangre es absoluta, y no debe ser invalidada de NINGUNA manera por un consentimiento hecho por cualquier familiar o tercera persona. Tal negativa permanece en vigor incluso cuando yo esté inconsciente y/o afectado por la medicación, ataque o cualquier otra condición, siendo incapaz de expresar mis deseos y consentir a otras opciones de tratamiento, a pesar de que el médico/s que me llevan consideren que TAL NEGATIVA PUEDA PONER EN JUEGO MI VIDA.**
- 4. Esta limitación del consentimiento deberá permanecer en vigor y que no lo revoquen aquellos que me están tratando, hasta que yo expresamente lo haga por escrito.**
- 5. CONSENTIMIENTOS POSTERIORES: en caso de ser necesarios tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas posteriores, consiento a que se me realicen, con exclusión de transfusiones de sangre.**



- 6. Nire ardura duten profesional guztiek izan behar dute odol-transfusioei uko egiten dien baimen honen berri (zirujau, anestesista, perfusionista, susperketa-talde eta zainketa intentsiboek, besteak beste).**
- 7. NIRE GAIN HARTZEN DUT erabaki honen legezko erantzukizuna, eta nire tratamenduz arduratzen diren guztiak edozein erantzukizunetik KANPO UZTEN DITUT, odola edo haren osagairen bat ez erabiltzeko hautuak eragin dezakeen edozein gertakizun tamalgarri dela-eta.**

### PROFESIONAL MEDIKOA:

- a) Interbentzio eta/edo tratamendu honen ezaugarriak eta helburuak azaldu dizkiot pazienteari, eta nire iritzi klinikoa aipatuta geratzea nahi dut, nire ustez odol-transfusiorik ez jasotzea arriskutsua izan daitekeen arren, baimen hau sinatzen baitu.
- b) Pazientearen interbentzioan eta/edo tratamenduan jardun behar duten profesional guztiei jakinarazten diet pazientearen tratamenduan inolaz ere ezin dela odol-transfusiorik edo odolaren osagairik erabili.

6. Este consentimiento, que expresa la exclusión de transfusión de sangre, lo deben de conocer todos los profesionales que me traten, incluyendo cirujanos, anestesiastas, perfusionistas, equipos de recuperación y cuidados intensivos.

7. ACEPTO la plena responsabilidad legal de esta decisión, y LIBERO a todos aquellos que me están tratando, de cualquier responsabilidad por cualquier circunstancia adversa directamente surgida de las opciones tomadas debido a la exclusión de sangre o componentes de la misma.

### PROFESIONAL MÉDICO:

- a) He explicado al paciente la naturaleza y finalidad de esta intervención y/o tratamiento y quiero hacer constar mi juicio clínico del riesgo potencial que corre al tomar la decisión de no recibir transfusiones de sangre, y que no obstante firma el consentimiento arriba reseñado.
- b) Pongo en conocimiento del resto de profesionales implicados en su intervención y/o tratamiento, que el tratamiento de este paciente bajo ninguna circunstancia incluye transfusión de sangre o componentes de sangre.



<--

**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 Osakidetza 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 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**

**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