



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO JAIOBERRIA IDENTIFIKATZEA / IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Osakidetza jaioberriaren IDENTIFIKAZIOA ziurtatzen du honako metodo hauen bidez:

- Erditzeko gelan, amari eta jaioberriari eskumuturreko bana jartzen zaie.
- Zilborresteko odol-tanta bat gordetzen da. Odol-lagin hori zilborrestea ebaki ondoren lortzen da; hori dela-eta, jaioberriari ez zaio ziztadarik egin behar, ez eta molestatu ere.

Odol-lagina "Osakidetza-jaioberriaren identifikazioa" idatzita duen xukapaper itsasgarri batean jasotzen da, eta dokumentu honen beheko aldean jartzen da. Ondoren zigilu garden batez estaltzen da, horrela, ezin izango da lagina manipulatu.

Lagin hori jaioberria identifikatu behar denean baino ez da erabiliko. Sistema honek ez du aitatasunari edo amatasunari buruzko informaziorik ematen, eta bera dela jaioberria ziurtatu besterik ez du egiten. Azterketa "kode genetikorik" ez duten DNAko inguruetan egiten da. Ez dago beste prozedura ziurragorik jaioberria identifikatzeko. Sistema hau Osakidetzako ospitale guztietan erabiltzen da. Lagina hiru urte igaro ondoren suntsitzen da.

Odol-tanta hartzeko baimenik ematen ez denean, oinatza jasotzen da; baina prozedura hau ez da hain zehatza jaioberria identifikatzeko.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Osakidetza-Servicio vasco de salud garantiza la IDENTIFICACION del recién nacido mediante los siguientes métodos:

- Colocando una pulsera de identificación en la sala de partos a la madre y al recién nacido.
- Colocando una gota de sangre del cordón umbilical. Esta muestra se obtiene una vez cortado el cordón umbilical, por lo que no es necesario pinchar ni molestar al recién nacido.

La muestra de sangre se coloca en una papel secante adhesivo rotulado con el texto "Osakidetza-Identificación neonatal" que se fija en la parte inferior de este documento. Posteriormente se coloca por encima un precinto transparente que impide la manipulación de la muestra.

Esta muestra se utilizará únicamente para la identificación del recién nacido en los casos necesarios. El sistema que se emplea no informa sobre paternidad o maternidad y únicamente pretende comprobar que el recién nacido es él mismo. El estudio se realiza sobre zonas del ADN que no contienen "código genético". No existe ningún procedimiento conocido más seguro para la identificación neonatal. Este sistema se utiliza en todos los hospitales de Osakidetza. La muestra se destruye pasado un plazo de 3 años.

En caso de que no se consienta la toma de la gota de sangre, se recoge la huella plantar, procedimiento mucho menos exacto para identificar al recién nacido.



JAIOBERRIAREN IDENTIFIKAZIOA / IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

Itsasgarria / Pegatina	Amaren identifikazio-datuak Identificación de la madre	AMAREN HATZ-MARKAK HUELLAS DACTILARES MATERNAS	EZKER ERPURUA PULGAR IZQUIERDO	
			ESKUIN ERAKUSLEA INDICE DERECHO	



<--

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 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

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