



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
PAZIENTE HAURDUNEI AZTERKETA ERRADIOLOGIKOAK EGITEA
ESTUDIOS RADIOLOGICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Gaixotasuna aztertzeke, ERRADIAZIO IONIZATZAILEAK ERABILTZEN DITUEN MIAKETA egitea proposatzen da.

Jakin beharrekoa da, energia kopuru batek norbere organismoko atal jakin bati eragiten diola, erradiazio ionizatzaileak erabiltzearen ondorioz; hori dela-eta, arriskua sor daiteke enbrioiarentzat edo umekiarentzat.

Arriskua haurdunaldi-garaiaren eta xurgatutako energia kopuruaren menpe egongo da; hortaz, miaketa bakoitzaren araberakoa izaten da.

Dena dela, erradiazioaren ondorioz ager daitezkeen lesioak, berez ere sor daitezke.

Azterketa egiteko erabiltzen diren ekipoak aldiro-aldiro kalibratzen dira; langile trebatu eta gaituak arduratzen dira ekipo horiek erabiltzeaz, horregatik, uneoro ahaleginduko dira ERRADIAZIOEKIKO ESPOSIZIOA GUTXITZEN. Horretarako, berunezko amantalaz babestuko dute zure gorputza, aukera dagoen eta egin beharreko azterketak uzten duen neurrian, betiere.

EZINBESTEKOAK DIREN ERRADIOGRAFIAK baino ez dira egingo.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- **Umekiak malformazioak izateko arriskua dago.**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

Para el estudio de su enfermedad, su médico le propone la realización de una EXPLORACION QUE EMPLEA RADIOACIONES IONIZANTES.

Debe conocer que el empleo de radiaciones ionizantes trae como consecuencia que una cierta energía afecta a una determinada zona de su organismo, lo cual pudiera entrañar algún riesgo para su embrión o feto.

El potencial riesgo dependerá del tiempo de gestación y de la cantidad de energía absorbida que depende de cada exploración en concreto.

Las posibles lesiones que pudieran aparecer como consecuencia de la radiación también pueden producirse de forma espontánea.

El estudio se efectúa con equipos que se calibran periódicamente, manejados por personal cualificado y capacitado, que intentará, en todo momento, MINIMIZAR LA EXPOSICIÓN A LAS RADIACIONES, protegiendo su cuerpo con delantales plomados en la medida de lo posible y según permita el estudio a realizar.

Asimismo, le informamos que sólo se REALIZARÁN LAS RADIOGRAFÍAS INDISPENSABLES.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Existe riesgo de malformaciones fetales.



<-->

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