

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROZEDURA INBADITZAILEAK EGITEN DITUZTEN LANGILEEN SEROLOGIA: ALDIZKAKO AZTERKETA SEROLOGÍA EN TRABAJADORES QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS: RECONOCIMIENTO PERIODICO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. INFORMAZIO OROKORRA:

Mediku-azterketan egiten den odol-analisan B hepatitis, C hepatitis eta GIBaren serologiak egiteko baimena eskatzea da dokumentu honen helburua, langile nahiz pazienteen osasuna behar bezala babestea lortu ahal izateko.

Analisi horien emaitza zure historia kliniko orokorrean agertuko da.

Emaitza serologikoen berri ematerakoan, konfidentzialtasun osoa zainduko dela bermatzen da.

Birus hauek eragindako gaixotasun baten jatorria lanean dagoela ezarri ahal izateko, kontratuaren hasieran gaixotasunik ez zegoela edo jakinarazitako lan-istripu batek eragin duela bermatu behar da.

B hepatitisaren birusa inori transmititzeko arriskua adierazten duen serologia agertzeak prozedura inbaditzaileak aldi batean egiteko ezintasuna eragingo du, serologiak bere onera itzuli arte, alegia. Emaitza positibotzat hartuko da langilearen egoera serologikoaren berri ez izatea, prebentzioari dagokionez.

Zenbait azterlanen arabera, oso maila txikikoa da arriskua C hepatitisaren eta giza immunoeskasiaren birusaren kasuan. Beraz, birus hauen kasuan prozedurak egiteko gai izaten dira emaitza serologiko positiboa daukaten langileak.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. INFORMACIÓN GENERAL:

Para establecer un adecuado nivel de protección para la salud de los trabajadores y de los pacientes, le solicitamos su autorización para realizar las serologías de Hepatitis B, Hepatitis C y VIH en el análisis de sangre del reconocimiento médico.

El resultado de estos análisis figurará en su Hª clínica general.

Los resultados serológicos le serán comunicados garantizándose la **total confidencialidad** de los mismos.

Para establecer el origen profesional de una enfermedad por estos virus, es necesario **garantizar** que dicha enfermedad no existía al inicio del contrato o bien que se ha producido por un accidente de trabajo **notificado**.

La presencia de serología indicativa de riesgo de transmisión del virus de la **hepatitis B** a terceros, supondrá la **no aptitud temporal** para la realización de procedimientos invasivos hasta la normalización serológica. El desconocimiento del estado serológico del trabajador será considerado a efectos preventivos como resultado positivo.

En el caso del virus de la **Hepatitis C y del virus de la Inmunodeficiencia Humana** los diferentes estudios sitúan este riesgo en niveles muy bajos. Por todo ello, los trabajadores con resultado serológico positivo para estos virus serán considerados aptos.



C. HAUXE ADIERAZTEN DUT:

- Serologia hauek egiteak sorrarazitako abantailen eta eragozpenen berri jaso dut.
- Eskaini didaten informazioa ulertu dut eta zalantzak argitzeko beharrezkotzat jotutudan galderak egiteko aukera eduki dut.

D. ONDORIOZ,

BHB, CHB eta GIBaren serologia egitea onartzen dut

Ez dut onartzen inolako serologiarik egitea

C. DECLARO QUE:

- He sido informado de las ventajas e inconvenientes de la realización de estas serologías.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

Autorizo la realización de Seerología VHB, Serología VHC, Serología VIH

No autorizo la realización de ninguna serología



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xede 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