



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
BANKUKO GIZA EHUNA TXERTATZEA (HEZURRA eta/edo TENDOIA)  
IMPLANTE DE TEJIDO HUMANO DE BANCO (HUESO y/o TENDON)**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

**Interbentzio honetan, giza emaile baten ehun-injertoa jarriko dizute. Ehun hori EAEko Ehun Bankuko biltegian egon da gordeta, eta alde zuzenetik beharrezkoak diren kontrolak pasatu ditu, gaixotasun ezagunak ez transmititzeko. Injerto honen emaitza ziurtatzerik ez dagoen arren, beharrezkoa da egitea; izan ere, dagoen beste aukerak konplikazio gehiago ditu (emailea zeu izatea, alegia).**

**Emaileen injertoekin daukagun esperientziaren arabera, lortutako emaitzak oso onak dira.**

**Analisisa egingo dizute (hepatitisa, GIB, gaixotasun benereok, eta birikoak, etab.)**

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

- **Nekez gertatzen bada ere, gaixotasun infekzioso ezezagunak transmititu daitezke.**
- **Batzuetan, baliteke injertoa guztiz ez txertatzea gorputzean; horren ondorioz, lasaitzea gerta daiteke, protesien kasuan.**
- **Egindako analisietan gorabeherarik egonez gero, horren berri jasoko duzu.**

**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

<~~ ~>

**E. BESTELAKO AUKERAK:**

<~~ ~>

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

Durante la intervención se le va a implantar un injerto de tejido procedente de un donante humano, almacenado en el Banco de Tejidos Regional y que previamente ha pasado los controles para evitar la transmisión de enfermedades conocidas. A pesar de que los resultados de colocar este injerto no pueden ser garantizados, la implantación es necesaria ya que la otra opción supone más complicaciones (injerto procedente de usted mismo).

Nuestra experiencia con injertos donados demuestra muy buenos resultados.

Se le realizará un análisis de detección de hepatitis, VIH, enfermedades venéreas, víricas, etc.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

- **Excepcionalmente, transmisión de enfermedades infecciosas no conocidas.**
- **Algunas veces el injerto puede no incorporarse completamente a su organismo, produciendo en el caso de las prótesis un aflojamiento de la misma.**
- **En caso de existir alguna alteración en los análisis realizados se le informará adecuadamente.**

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

<~~ ~>



<-->

**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