

Sortzetiko Gaixotasunak Jaioberriengan Bahetzeko Programarako baimen INFORMATUAREN orria

HAU ADIERAZTEN DUT:

- Jasotako informazioa ulertu dut eta egokitzen jo ditudan galdera guztiak egin ahal izan ditut.
- Nahikoa informazio jaso dut programari eta eramailearen egoerari buruz.
- Nire semearen edo alabaren parte-hartzea borondatezkoa dela jakinarazi didate.
- Jakinarazi didate laginen konfidentzialtasuna zainduko dela indarrean dauden araudi etiko eta legalen arabera.
- Jakinarazi didate nire semea/alaba programatik ken dezakedala nahi dudanean, azalpenik eman beharrik izan gabe eta horrek nire zaintza medikoetan eraginik izan gabe, eta lagina bildumarako ez erabiltzea eta ez biltegitratzea eska dezakedala.
- Jakinarazi didate datu horien erabilera Datu Pertsonalak Babesteari eta eskubide digitalak bermatzeari buruzko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoan jasotako printzipioen arabera egingo dela, bai eta Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuari datuak komunikatzearen arabera ere.

ONDORIOZ, AITA, AMA, TUTORE GISA (markatu dagokiona)

Izen-abizenak: NAN:

BAI	EZ	
		Baimena ematen dut nire umetxoaren odol-lagin bat lortzeko, jaioberrien sortzetiko gaixotasunen diagnostikoa egiteko, jaioberrien sortzetiko gaixotasunen baheketa-programan parte hartzeko eta eramailearen egoera ezagutzeko.

Semearen edo alabaren izen-abizenak

Data eta lekua:

Sinadura:

Jakinarazi zuen: jaunak/andreak

Data eta lekua::

Sinadura:

Hoja de consentimiento informado para el Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas de Euskadi

DECLARO QUE:

- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- He recibido suficiente información sobre el programa y sobre el estado de portador.
- He sido informado/a de que la participación de mi hijo/a es voluntaria.
- He sido informado/a de que se preservará la confidencialidad de las muestras según las regulaciones éticas y legales vigentes.
- He sido informado/a de que puedo retirar a mi hijo/a del programa cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos, y que puedo solicitar que la muestra no se utilice para la colección ni se almacene.
- He sido informado/a de que el uso y manejo de estos datos, se hará siguiendo los principios recogidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como de la comunicación de datos a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

EN CONSECUENCIA, EN CALIDAD DE PADRE, MADRE, TUTOR, TUTORA (MARQUE lo que proceda)

D./D^a..... D.N.I.

SI	NO	
		Doy mi consentimiento para obtener una muestra de sangre de mi bebé, para realizar el diagnóstico neonatal de las enfermedades congénitas participando así en el Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas y para conocer la situación de portador

Nombre y dos apellidos del hijo/a

Fecha y lugar:

Firma:

Informó: D./D^aen calidad de

Fecha y lugar:

Firma: