



DESCONGELACIÓN DE OVOCITOS Y TRANSFERENCIA DE PREEMBRIONES DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D^a _____
 mayor de edad, con DNI. nº _____, estado civil _____, y
 D. _____
 mayor de edad, con DNI. _____, estado civil _____, y con domicilio en
 la ciudad de _____, calle _____
 nº _____ C.P. _____ País _____, concurriendo como
 (matrimonio/pareja de hecho/mujer sin pareja) _____

DECLARO/DECLARAMOS:

1. Tener plena capacidad de obrar.
2. En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos nuestro consentimiento escrito a la utilización de técnicas de reproducción asistida:
 - Con semen de la PAREJA.
 - Con semen de DONANTE.
3. Que anteriormente a este acto, se me/nos ha dado información verbal y escrita, esta última a través del **“Documento de información para el Consentimiento Informado de Fecundación in Vitro o Microinyección espermática, con Transferencia Embrionaria y Vitrificación de Ovocitos”**, que he/hemos leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - Información y asesoramiento sobre la descongelación de ovocitos previamente criopreservados y la transferencia de Preembriones, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - Los riesgos genéticos, ya que la utilización de gametos procedentes de donante no permite asegurar que no se produzcan mutaciones o alteraciones genéticas (surgidas de novo o hereditarias) que conlleven la transmisión de enfermedades genéticas a la descendencia.
 - Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento y el embarazo, como para la descendencia.
 - Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - Los destinos de los posibles preembriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.

- La obligación de renovar o modificar periódicamente mi/nuestro consentimiento respecto de los preembriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino (separación, fallecimiento o incapacidad sobrevenida de uno de los cónyuges, etc.) o dificultar nuestra localización.
- 4) Conocer que, en cualquier momento anterior a la descongelación ovocitaria, la mujer receptora puede pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.
 - 5) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis/nuestras circunstancias personales: _____.
 - 7) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de _____ (uno, dos o tres) Preembriones.
 - 8) Respecto a la posibilidad de generar Preembriones que no vayan a ser transferidos al útero en el mismo ciclo y **en base a nuestro proyecto reproductivo de futuro**: (marque lo que proceda)
 - Deseo/deseamos **que se generen TODOS los Preembriones posibles** como consecuencia de la inseminación o microinyección de todos los ovocitos obtenidos, asumiendo la obligación de congelar los Preembriones viables no transferidos, y consentimos la misma.
 - Deseo/deseamos **que se genere un NÚMERO LIMITADO de Preembriones**, consecuencia de la inseminación o microinyección de..... (número) ovocitos, asumiendo la obligación de congelar los Preembriones viables no transferidos. El resto de ovocitos serán:
 - Vitrificados
 - Desechados
 - Deseo/deseamos **que NO se genere NINGÚN PREEMBRIÓN** que no vaya a ser transferido, por lo que autorizo/autorizamos la inseminación o microinyección de un máximo de..... (número) ovocitos. El resto de ovocitos serán:
 - Vitrificados
 - Desechados
 - 9) Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles ovocitos y/o preembriones congelados sobrantes sería (marcar lo que proceda):
 - Uso propio, es decir utilización por la propia pareja, mujer o, en su caso, su cónyuge femenino.
 - Donación con fines reproductivos (*si la mujer es ≤ 35 años*).
 - Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).
 - Cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación (*cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida*).

Me comprometo/nos comprometemos a acudir a la clínica para formalizar la renovación o cambio de destino del material criopreservado, y a asumir en todo caso el coste económico de la criopreservación durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.

- 9) He/Hemos comprendido toda la información, que se me/nos ha dado en forma suficiente, comprensible y adecuada por parte del Dr./Dra. _____.
- 10) De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:
 - No haber omitido ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.

- Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación en caso de preembriones congelados restantes.

Y una vez debidamente informados,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

Al personal de la Unidad de Reproducción Asistida a aplicar los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de descongelación ovocitaria y transferencia de preembriones.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, sus datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en in fichero propiedad del centro _____ pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.

NOTA: La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus ovocitos y/o preembriones podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas-armas, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, cierre de la Clínica, etc...).

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.

Fdo.

D.N.I.

D.N.I.

Fdo.

D.N.I.

(El Director del CENTRO o delegado)

ANEXO para el esposo/pareja o para el varón no casado:

D _____, mayor de edad, provisto de DNI nº _____ en este acto presto mi consentimiento a que en el caso de que falleciera con anterioridad a que mi material reproductor se halle en el útero de Dña _____, pueda ésta, en los 12 meses siguientes a mi fallecimiento, proceder a fecundarse con el mismo, y que se determine la filiación del hijo nacido conmigo.

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo. D/Dª _____

Firma del Médico

ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los ovocitos y/o preembriones criopreservados

Dña _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,

D. _____, mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,

en este acto solicitamos la modificación del destino de nuestros Preembriones sobrantes / criopreservados y consentimos en que el nuevo destino sea:

Utilización por la propia mujer.

Donación con fines reproductivos (*si la mujer es ≤ 35 años*).

Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).

Cese de su conservación sin otra utilización una vez finalizado el plazo máximo de conservación (*cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida*).

El coste económico del mantenimiento del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o Preembriones) deberá ser asumido por los pacientes, sea cual sea la decisión sobre el destino de los mismos y durante el tiempo que estos estén depositados en el Centro.

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo. Dña _____ Fdo. D _____

Firma del Médico:

ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

DÑA _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,

D. _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,

en este acto solicito/solicitamos la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de

reproducción asistida a la que me/nos estoy/estamos sometiendo.

Fda. Dña _____

Fdo. D _____

Firma del Médico: