

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO MEDIANTE FECUNDACIÓN IN VITRO-TRANSFERENCIA EMBRIONARIA**

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI Nº.....

Don/Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Doña:
(CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha explicado que es necesario/ conveniente proceder, en mi situación, a realizar una FECUNDACIÓN IN VITRO-TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (FIV-TE) CON/SIN MICROINYECCIÓN ESPERMÁTICA (ICSI), por

1. La FIV-TE consiste en **obtener gametos masculinos y femeninos para ponerlos en contacto en laboratorio**, de forma que la fecundación tenga lugar fuera del organismo de la mujer.

La indicación de esta modalidad terapéutica para el tratamiento de la esterilidad de la pareja puede ser debida a un factor masculino, femenino, mixto o de origen desconocido.

La FIV-TE, se realiza generalmente después de haber "bloqueado" el ciclo natural y haber estimulado los ovarios mediante un tratamiento hormonal para asegurar el desarrollo folicular múltiple (excepcionalmente, se realiza en ciclo natural).

Se realizan controles ecográficos y analíticos para determinar la fecha más adecuada para la realización de la extracción de los ovocitos. Los ovocitos se extraerán bajo control ecográfico y con anestesia o sedación en régimen ambulatorio.

El semen se obtiene simultáneamente, y ambos espermatozoides y ovocitos se separan en laboratorio mediante técnicas específicas. Posteriormente, se ponen en contacto e incuban durante unas horas. En caso de microinyección espermática (ICSI) se procederá a introducir un espermatozoide en cada ovocito.

Una vez conseguida la fecundación, se selecciona el nº de embriones a introducir en el interior del útero de la mujer.

Con los embriones evolutivos que no se transfieran al útero se procederá a su congelación en los Bancos autorizados, tanto en fase de células como de blastocistos, según la legislación vigente.

La paciente, para favorecer la viabilidad del posible embarazo, seguirá un tratamiento hormonal.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

- a. El embarazo gemelar (18%) y múltiple – más de 3 fetos – (2%). En caso de más de tres embriones la pareja procederá a valorar la posibilidad de una reducción embrionaria. Los porcentajes señalados corresponden a casos de estimulación ovárica.
- b. Síndrome de hiperestimulación ovárica, respuesta exagerada al tratamiento de estimulación del ovario. Puede ser leve, moderado y grave; en el último caso requerirá ingreso hospitalario por posibles alteraciones de la coagulación sanguínea, función renal o hepática (menos del 1%). Si se produce un embarazo, las posibilidades de hiperestimulación aumentan.
- c. Otros riesgos: Embarazo ectópico (2-4%) superior a embarazos naturales, infecciones genitales, torsión o rotura de ovario, punción de órganos o vasos, reacciones alérgicas... así como complicaciones derivadas de las características clínicas de su caso concreto.
- d. Se describen riesgos psicológicos en forma de estados de ansiedad y depresión tanto en el hombre como en la mujer.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

4. **Resultados:** El éxito de esta técnica dependerá de la causa de Esterilidad.

Globalmente: Embarazo por el ciclo del 20-30%.

La probabilidad de aborto y de malformaciones fetales una vez conseguido el embarazo mediante FIV-TE, son las mismas que las de un embarazo natural (15-17%), salvo en casos de embarazo múltiple.

5. **Anestesia:** Estas técnicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una TÉCNICA DE FIV-TE CON / SIN ICSI.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO

DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO