

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO MEDIANTE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE DONANTE**

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña: de años 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 INSEMINACIÓN ARTIFICIAL con semen de donante, por de acuerdo con los preceptos legales vigentes*.

1. La Inseminación Artificial con semen de donante (IAD), consiste en la colocación **de espermatozoides procedentes de un Banco de Semen** conservado mediante congelación, debidamente acreditado por la Ley, dentro del útero en fecha ovulatoria (coincidiendo con la ovulación de la mujer).

Las indicaciones de esta modalidad terapéutica para el tratamiento de la esterilidad de la pareja son múltiples, pero la mayoría son alteraciones importantes del seminograma del varón, así como alteraciones cromosómicas o genéticas.

La IAD se puede realizar en ciclo natural o con estimulación de la ovulación. En caso de estimulación la mujer recibe una serie de fármacos cuya finalidad es aumentar el número de ovocitos (óvulos) y controlar el momento de la ovulación, mejorando las posibilidades de gestación en mujeres anovuladoras y normoovuladoras. En el caso de que el ciclo sea inducido, la pauta de tratamiento a seguir **siempre y necesariamente** será indicada por el ginecólogo, que le marcará la pauta de tratamiento según los controles ecográficos y/o analíticos a realizar. En la fecha indicada se realizarán la/s inseminaciones intrauterinas con cánula flexible. La inseminación en sí, no es una técnica dolorosa, el depósito de espermatozoides se realiza intraútero con dicha cánula, lo que no representa más molestia que la que puede causar una simple citología. Se realiza en consulta y supone tan sólo 5 ó 10 minutos.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

- a. El embarazo gemelar (18%) y múltiple -más de tres fetos- (2%). 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, infecciones genitales, torsión o rotura de ovario, reacciones alérgicas.

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

4. Resultados:

Globalmente: Embarazo por ciclo del 10 %.

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

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 INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DEL DONANTE

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL CÓNYUGE 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 CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO