

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

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 homólogo (de la pareja) por.....

1. La Inseminación Artificial Homóloga (IAH), consiste en la **colocación del semen dentro del útero** en fecha ovulatoria (coincidiendo con la ovulación 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. Generalmente se realizarán de 4 a 6 ciclos de IAH antes de comenzar con técnicas de Reproducción más complejas.

La fecha en la que se realiza la IAH será indicada por el ginecólogo en base al tamaño de los folículos (controlado por ecografía) y/o analítica, ya que con estos datos se puede controlar la ovulación. Para la realización de la IAH es necesario que la pareja acuda al Centro para entregar el semen, que se preparará mediante la selección de espermatozoides vivos y móviles. La inseminación en sí, no es una técnica dolorosa, el depósito de espermatozoides se realiza intraútero con una cánula flexible, 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.

En la actualidad la mayoría de los ciclos de IAH se realizan con estimulación de la ovulación, sólo en casos seleccionados se efectuará en ciclos naturales. Consiste en administrar 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 a seguir según los controles ecográficos realizados. En el momento que los folículos hayan adquirido el número y tamaño adecuados, se provocará la ovulación con otro fármaco y se indicará la fecha de la IAH.

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....

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 ciclo del 10%.

La baja calidad del semen disminuye considerablemente las posibilidades de éxito. La probabilidad de aborto y de malformaciones fetales una vez conseguido el embarazo mediante IAH, son las mismas que las de un embarazo natural, 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 HOMÓLOGO (de la pareja)

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