

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MANTENIMIENTO DE PREEMBRIONES CRIOPRESERVADOS PROCEDENTES DE OTRO CENTRO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

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

Manifiesta su voluntad de proceder al almacenamiento en el Centro
_____ de sus embriones criopreservados en el
Centro _____.

En este sentido, se les ha informado que:

1. Los preembriones son preservados en nitrógeno líquido en las condiciones y con los requisitos previstos en el Real Decreto-Ley 9/2014.
2. Que el destino de los preembriones criopreservados puede ser:
 - a) La utilización por la propia mujer o, en su caso, su cónyuge femenino.
 - b) La donación con fines reproductivos.
 - c) La donación con fines de investigación.
 - d) El cese de su conservación si otra utilización.

La **utilización por la propia mujer o su cónyuge** podrá efectuarse en cualquier momento mientras la mujer reúna los requisitos clínicamente adecuados para la realización de la técnica de reproducción asistida (lo que constituye el plazo máximo de conservación). En caso de pareja separada, si la mujer deseara utilizarlos para su reproducción personal habría de contar con el consentimiento del ex marido para la nueva transferencia que hubiera de realizarse, ya que los hijos serían de ambos.

La **donación con fines reproductivos** se puede llevar a cabo si la mujer no supera los 35 años cuando se realizó la congelación y los preembriones pueden ser donados a mujeres o parejas estériles que los necesitan. La donación es voluntaria, gratuita, anónima y altruista y precisa de un consentimiento escrito específico previo y actualización de serologías. Las receptoras y los hijos nacidos tienen derecho a obtener información general de los donantes, que no incluya su identidad. En circunstancias extraordinarias que comporten peligro cierto para la vida o salud del nacido, o cuando proceda de acuerdo con las leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad de los donantes, con carácter restringido y sin que ello modifique nunca la filiación establecida previamente.

En la **donación con fines de investigación** los preembriones se ceden de forma altruista para proyectos de investigación biomédica en centros y proyectos especialmente autorizados. El ejercicio efectivo de esta opción conllevará la suscripción de un consentimiento adicional y específico en el que se expliquen los fines que se persigan con la investigación y sus implicaciones.

El cese de su conservación sin otra utilización, que en el caso de los preembriones y los ovocitos crioconservados sólo será aplicable una vez finalizado el plazo máximo de conservación establecido en la Ley, sin que haya optado por alguno de los destinos mencionados en los apartados anteriores. La crioconservación de los preembriones se podrá prolongar hasta el momento en que se considere por los responsables médicos, con el dictamen favorable de especialistas independientes y ajenos al centro correspondiente, que la receptora no reúne los requisitos clínicamente adecuados para la práctica de la técnica de reproducción asistida.

Cada dos años como mínimo se solicitará de la mujer o de la pareja progenitora la renovación o modificación del consentimiento. Si la mujer o pareja progenitora dejara de firmar la renovación periódica de su consentimiento, tras dos solicitudes consecutivas del centro realizadas de forma fehaciente (burofax con acuse de recibo, carta certificada con acuse de recibo, telegrama con acuse de recibo, carta notarial, etc.) los preembriones quedarán a disposición de este centro, que podrá destinarlos a cualquiera de los fines citados anteriormente, manteniendo las exigencias de confidencialidad y anonimato establecidas, así como la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.

Declara:

1. Asumir que la criopreservación embrionaria no garantiza en ningún caso la consecución de descendencia ni la normalidad de la misma.
2. Los destinos de los preembriones criopreservados y la obligación de renovar o modificar periódicamente 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.).
3. Comprometerse a notificar cualquier cambio de domicilio o teléfono.
4. Aceptar las condiciones económicas asociadas al tratamiento.
5. Haber comprendido el contenido de esta información, y tenido oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales sobre este tratamiento, que resulta el más apropiado de los aplicables a su caso.

Autoriza:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el mantenimiento de sus preembriones criopreservados.

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, mis datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un 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 y cancelación. 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 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 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 de los preembriones criopreservados 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

D/Dña _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____, en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

Fdo. D/Dña _____

Firma del Médico: