



CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS PROPIOS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D^a. _____
mayor de edad, con DNI. nº _____, estado civil _____, y con domicilio
en la ciudad de _____, calle _____
nº _____ C.P. _____ País _____.

DECLARO:

- 1) Tener plena capacidad de obrar.
- 2) Que en mi caso la indicación para la realización de dicho procedimientos es:
 - a) Médica:
 - Previa a tratamientos con riesgo de toxicidad ovárica.
 - Trastornos genéticos que conllevan un deterioro de la reserva ovárica.
 - Otra: _____
 - b) Electiva
 - Aplazamiento de la maternidad
- 3) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto mi consentimiento escrito a la criopreservación de mis ovocitos, al objeto de que puedan ser utilizados más adelante para intentar generar preembriones que me puedan ser transferidos.
- 4) Que anteriormente a este acto, se me ha dado información verbal y escrita, esta última a través del **“Documento Informativo sobre congelación de Ovocitos”**, que he leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - a. Información y asesoramiento sobre la descongelación y utilización de ovocitos previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - b. La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - c. La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - d. La obligación de renovar o modificar periódicamente y como mínimo cada dos años, mi consentimiento respecto de los ovocitos criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino.
 - e. Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento con el fin de lograrla y en el embarazo, así como para su descendencia.

- f. 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.
- g. Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
- 5) Conocer que en cualquier momento anterior a la punción folicular, puedo pedir que se suspenda la técnica, y que dicha petición deberá atenderse.
- 6) El equipo médico me ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis circunstancias personales:
-
- 5) Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles ovocitos 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 (ovocitos, espermatozoides o preembriones), y a asumir en todo caso el coste económico de la criopreservación durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.

- 7) He comprendido toda la información, que considero adecuada y suficiente, por parte del Dr./Dra _____.
- 8) De igual forma afirmo:
- a. Que la información dada es veraz sin haber omitido ningún dato de tipo médico conocido y/o legal.
 - b. Mi compromiso de notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación mientras existan ovocitos congelados restantes.

Y una vez debidamente informada,

AUTORIZO:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento Congelación de Ovocitos.

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 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, 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 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. El/La Médico/a(Col.nº)

Firma Paciente

DNI:.....

ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los ovocitos criopreservados

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

en este acto solicito la modificación del destino de mis ovocitos criopreservados y consiento 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 _____, en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

Fdo. Dña _____

Firma del Médico: