



CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO OVÁRICO
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) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto mi consentimiento escrito a la criopreservación de mi **tejido ovárico**, al objeto de que puedan ser utilizados mas adelante para, fundamentalmente intentar, generar preembriones que me puedan ser transferidos.
- 3) Que anteriormente a este acto, se me ha dado información verbal y escrita, esta última a través del **“Documento Informativo sobre congelación de Tejido ovárico”**, 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 tejido ovárico previamente criopreservado, 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 mi consentimiento respecto de los tejido ovárico 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.
- 4) El equipo médico me ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis circunstancias personales:

- 4) Que el destino que deseo/deseamos dar al tejido ovárico sobrante 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 y asumir en todo caso el coste económico del material criopreservado durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.

5) He comprendido toda la información, que considero adecuada y suficiente, por parte del Dr./Dra _____.

6) De igual forma afirmo:

- a. No haber omitido ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.
- b. Mi compromiso de notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación mientras existan tejido ovárico congelado restante.

Y una vez debidamente informada,

AUTORIZO:

Al personal de la Unidad de Reproducción Asistida a aplicar los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de Congelación de tejido ovárico.

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 in 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 tejido ovárico podría ser trasladado 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 Firma

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.

Fda. Dña _____

Firma del Médico: