



## RECEPCION DE OVOCITOS CON FINES REPRODUCTIVOS

### CONSENTIMIENTO/CONTRATO

#### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ mayor de edad, con DNI./pasaporte nº \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, y D. \_\_\_\_\_ 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 sola) \_\_\_\_\_ (en adelante LA PARTE RECEPTORA).

y el Dr. \_\_\_\_\_ Médico Ginecólogo, colegiado nº \_\_\_\_\_, y DNI nº \_\_\_\_\_, en representación del \_\_\_\_\_ (en adelante, EL CENTRO).

Ambas partes se reconocen mutua capacidad legal para contratar y a tal efecto,

#### EXPONEN:

- 1) La información relativa a la técnica de reproducción asistida que se le va a realizar ha sido explicada ampliamente a LA PARTE RECEPTORA, así como el hecho de que dicha técnica implica contribución de ovocitos:

- Frescos
- Vitrificados

previamente donados al centro por otra mujer, los cuales serán inseminados o microinyectados con:

- Con semen de la PAREJA.
- Con semen de DONANTE.

- 2) Que anteriormente a este acto, La PARTE RECEPTORA ha suscrito el **“Documento Informativo sobre Recepción de Ovocitos”**, que he leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he recibido información sobre las siguientes cuestiones:

- Información y asesoramiento sobre la descongelación y utilización de ovocitos/tejido ovárico previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
- La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
- La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
- La obligación de renovar o modificar periódicamente mi consentimiento respecto de los ovocitos/tejido ovárico criopreservados, así como de

comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino.

- 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.
- Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento y el embarazo, como para la descendencia.
- Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.

- 3) La indicación médica del tratamiento viene determinada en mi/nuestro caso por \_\_\_\_\_; y dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, he/hemos comprendido que la técnica más adecuada es la que aquí consiento/consentimos.
- 4) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis/nuestras circunstancias personales: \_\_\_\_\_.
- 5) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de \_\_\_\_\_ (uno, dos ó tres) preembriones.
- 6) Respecto a la posibilidad de generar preembriones viables sobrantes que no sean transferidos al útero en el mismo ciclo y **en base a nuestro proyecto reproductivo de futuro**: (marque lo que proceda)
- Deseo/deseamos **que se generen TODOS los preembriones posibles** como consecuencia de la inseminación o microinyección de todos los ovocitos obtenidos, asumiendo la obligación de congelar los preembriones viables no transferidos, y consentimos la misma.
  - Deseo/deseamos **que se genere un NÚMERO LIMITADO de preembriones**, consecuencia de la inseminación o microinyección de..... (número) ovocitos, asumiendo la obligación de congelar los preembriones viables no transferidos. El resto de ovocitos serán:
    - Vitrificados
    - Desechados
  - Deseo/deseamos **que NO se genere NINGÚN PREEMBRIÓN** que no vaya a ser transferido, por lo que autorizo/autorizamos la inseminación o microinyección de un máximo de..... (número) ovocitos. El resto de ovocitos serán:
    - Vitrificados
    - Desechados
7. Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles ovocitos y/o preembriones 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 asumir en todo caso el coste económico del material criopreservado durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.**

- 8) Sin perjuicio de lo manifestado, mediante el presente documento se formaliza la donación de los citados ovocitos por parte del Centro a la PARTE RECEPTORA, a la que se

recuerda también el carácter gratuito, secreto y anónimo de la donación de ovocitos y su naturaleza de acto voluntario, altruista y desinteresado.

- 9) Asimismo, conforme previene el artículo 5.6 de la Ley 14/2006, se le informa expresamente acerca de la limitación del estudio de la donante originaria de los ovocitos, además de hacerle constar que a la misma se le realizaron los estudios previstos en la citada norma, dirigidos a excluir como donantes a quienes carezcan de buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar, así como de las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que las donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia.
- 10) Por último, se le/les informa de que los datos de identidad de la donante son custodiados en el más estricto secreto y en clave en el banco de datos del Centro y, según prevé la ley, han de serlo también en el Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana. Este Registro Nacional consiste en un registro único formado por las bases de datos de cada centro o servicio autorizado por la Comunidad Autónoma respectiva, mediante su agregación en una Base Central administrada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En dicho Registro deben ser recogidos, tratados y custodiados en la más estricta confidencialidad, y de acuerdo con la normativa y de protección de datos vigente, los datos de los donantes y receptoras.
8. De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:
- No padecer enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles con riesgo grave para la posible descendencia.
  - No haber omitido o falseado ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.
  - Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de circunstancias personales (defunción, separación, divorcio,...), así como obligarme/obligarnos a comunicar los cambios de domicilio en caso de existir preembriones congelados.
  - En el supuesto de cese de la actividad del Centro o cualquier otra circunstancia que lo aconseje, autorizo para que mi/nuestro material criopreservado sea trasladado a otro Centro o Institución debidamente autorizado, junto con la información necesaria para asegurar su trazabilidad, de lo que se me dará cumplida notificación.

#### ACEPTACIÓN DE LA DONACIÓN:

La PARTE RECEPTORA acepta del Centro la donación de ovocitos referida, y autoriza el empleo de los mismos en la técnica de reproducción asistida que ha admitido previamente.

*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 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.....20.....

Fdo. El/La Médico/a(Col.nº

) Firma Paciente

Firma Pareja

DNI:..... DNI:.....

ANEXO para la pareja:

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. \_\_\_\_\_

Firma del Medico:

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 \_\_\_\_\_,

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

|   |
|---|
| <p>Dña _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____.</p> <p>D. _____, mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____,</p> <p>en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.</p> <p>En _____ a ____ de _____ de _____</p> <p>Fdo.Dña _____ Fdo. D _____</p> <p>Firma del Médico:</p> |
|---|