



FECUNDACIÓN IN VITRO (ICSI) CON DIAGNOSTICO GENETICO PREIMPLANTACIONAL (DGP)

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D^a. _____ 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 sin
pareja) _____

DECLARO/DECLARAMOS:

- 1) Ser mayor/mayores de edad y tener plena capacidad de obrar.
- 2) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos consentimiento escrito a la utilización de técnicas de reproducción asistida.
- 3) Que anteriormente a este acto, se me/nos ha dado información verbal y escrita, esta última a través del **“Documento de información sobre Fecundación in Vitro con Diagnóstico Genético Preimplantacional”**, que he/hemos leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - Información y asesoramiento sobre las técnicas de reproducción asistida en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - La indicación, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - Únicamente serán transferidos aquellos preembriones con complemento cromosómico normal para los cromosomas analizados.
 - Los preembriones sin diagnóstico genético concluyente o con diagnóstico desequilibrado serán considerados como preembriones no viables desaconsejando su transferencia.
 - La indicación médica del tratamiento viene determinada en mi/nuestro caso por:
(marcar lo que proceda)
 - Anomalías cromosómicas estructurales.
 - Riesgo de transmisión de enfermedad ligada a cromosomas sexuales (X o Y).
 - Portador de translocación cromosómica.
 - Screening de aneuploidías o alteraciones en el número de cromosomas.
 - Riesgo de transmisión de enfermedades monogénicas.

- Otras causas:_____.
- 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.
 - Los riesgos genéticos: 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.
 - La obligación de renovar o modificar periódicamente mi/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.).
 - Información relativa a las condiciones económicas.
- 4) Que, según el equipo médico, para nuestro proceso de esterilidad o infertilidad, es adecuado un tratamiento de reproducción asistida, a través de la técnica denominada: _____ (FIV-DGP) y dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, hemos comprendido que la técnica más adecuada en nuestro caso es la que aquí consentimos.
- 5) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con nuestras circunstancias personales:_____. Además, he/hemos sido informados de la conveniencia de consultar el prospecto de los medicamentos prescritos para conocer con más detalle los posibles riesgos asociados a su utilización, sin perjuicio de poder también solicitar las aclaraciones adicionales que estime convenientes al equipo médico.
- 6) Conocer que, en cualquier momento anterior a la transferencia embrionaria, la mujer receptora puede pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.
- 7) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de _____ (uno, dos ó tres) preembriones.
- 8) Respecto a la posibilidad de generar preembriones que no vayan a ser 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
- 1) Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles ovocitos y/o preembriones 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.

10) He/Hemos comprendido toda la información que se me/nos ha dado en condiciones adecuadas por parte del Dr./Dra.: _____

11) De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:

- No padecer otras enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles con riesgo grave para la posible descendencia.
- No haber omitido 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 domicilio que impidiesen la necesaria comunicación en caso de preembriones congelados.

Y una vez debidamente informados,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de Fecundación in Vitro (FIV) / Microinyección Espermática (ICSI) con Diagnóstico Genético Preimplantacional y congelación preembrionaria, si procede.

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 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, oposición 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 20_____

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 ovocitos y/o 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 ovocitos y/o preembriones 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 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: