

# CRIOCONSERVACIÓN DE OVOCITOS PROPIOS

## Preservación de la Fertilidad sin indicación médica

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D<sup>a</sup>.

mayor de edad, con DNI/Pasaporte 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 mis **ovocitos** al objeto de que puedan ser utilizados más adelante para 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 criopreservación de Ovocitos propios. Preservación de la Fertilidad sin indicación médica”** 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 2 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 destinos que podrían tener los ovocitos criopreservados en caso de no utilizarlos en el futuro para mi proyecto reproductivo.
- f. 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/o en el embarazo, como para su descendencia.
- g. Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.

- 4) Conocer que en cualquier momento anterior a la punción folicular, puedo pedir que se suspenda la técnica, y que dicha petición deberá atenderse.

- 5) El equipo médico me ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis circunstancias personales:

.....

Además, he sido informada 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.

Firma de los interesados: Página 1 de 3

**6)** Que de no utilizarlos en el futuro para nuestro proyecto reproductivo común, el destino que deseáramos para los posibles preembriones congelados sobrantes sería: (marcar lo que proceda)

- Donación con fines reproductivos sólo si se cumplen todos los requisitos legales para la donación
- Donación con fines de investigación
- Cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación.

**7)** He comprendido toda la información que se me ha dado y que considero adecuada y suficiente por parte del Dr./Dra.....

**8)** De igual forma afirmo:

- a. No padecer enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles con riesgo grave para la posible descendencia, que no hayan sido valoradas por el equipo médico.
- b. Que la información dada es veraz sin haber omitido ningún dato de tipo médico conocido y/o legal.
- c. Mi compromiso de notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación mientras existan ovocitos/tejido ovárico congelados restantes.

Y una vez debidamente informada,

## **AUTORIZO:**

**A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para la Crioconservación de Ovocitos propios como técnica de Preservación de la Fertilidad.**

*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 ovocitos y/o tejido ovárico 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, etc.).*

En.....a .....de .....de.....

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº )

Firma D<sup>a</sup>.

Firma de los interesados: Página 2 de 3

### **ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento**

D<sup>a</sup>.....  
 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 a la que me estoy  
 sometiendo.

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº )

Firma D<sup>a</sup>.

### **ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los ovocitos criopreservados**

D<sup>a</sup> ..... mayor de edad, provisto de DNI  
 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 (donación con fines reproductivos/ donación con fines de  
 investigación / cese de su conservación sin otra utilización un vez finalizado el plazo máximo de  
 conservación)

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº )

Firma D<sup>a</sup>.