

**SANATORIO ARGENTINO MATERNIDAD PRIVADA
 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO MEDIANTE
 FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV) – TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)
 CON SEMEN Y OVOCITOS DONADOS**

Nombre y Apellido (paciente):	
Domicilio:	DNI
Localidad:	Teléfono:
Código Postal:	Móvil:
Provincia:	E-mail:
Nombre y Apellido (pareja/conviviente):	
Domicilio:	DNI
Localidad:	Teléfono:
Código Postal:	Móvil:
Provincia:	E-mail:

El/La/Los arriba indicados, concurriendo como (matrimonio/pareja/conviviente/mujer sin pareja) DECLARO/AMOS que e Dr/a:..... me/nos ha/n explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi/nuestra situación, a realizar una FECUNDACION IN VITRO – TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (FIV-TE) CON /SIN MICROINYECCIÓN ESPERMÁTICA (ICSI) con utilización de semen y ovocitos donados, y que hemos sido informados de lo siguiente:

1. **Procedimiento - Procedencia de los Gametos:** La FIV-TE consiste en obtener gametos masculinos y femeninos para ponerlos en contacto en el laboratorio, de forma que la fecundación tenga lugar fuera del organismo de la mujer. La indicación de esta modalidad terapéutica para el tratamiento de la esterilidad de la pareja puede ser debida a un factor masculino, femenino, mixto o de origen desconocido.

2. La Muestra Seminal y los ovocitos donados proceden de y se preparan en el laboratorio mediante técnicas específicas. Posteriormente, se ponen en contacto los espermatozoides y ovocitos e incuban durante unas horas. En caso de microinyección espermática (ICSI) se procederá a introducir un espermatozoide en cada ovocito.

Una vez conseguida la fecundación, se selecciona el número de embriones a introducir en el interior del útero de la mujer. Con los embriones evolutivos que no se transfieran al útero se procederá a su congelación salvo expresa manifestación contraria.

La paciente, para favorecer la viabilidad del posible embarazo, seguirá un tratamiento hormonal. Los medicamentos empleados incluyen un prospecto que el paciente debe consultar, teniendo la posibilidad de solicitar al personal sanitario del Centro cualquier aclaración al respecto. En algunos casos, las técnicas habituales de reproducción pueden complementarse con otros procedimientos sobre los gametos o embriones destinados a mejorar la capacidad de implantación embrionaria

3. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:

- a) Embarazo Gemelar (18%) y Múltiple (más de dos fetos) (2%). Los porcentajes señalados corresponden a casos de estimulación ovárica. La gestación de dos o más fetos supone un aumento de los riesgos médicos para la madre y los niños, tales como incremento de la patología del embarazo, prematuridad, bajo peso al nacimiento y complicaciones neonatales. La gravedad de estas complicaciones se

incrementa de manera paralela al número de fetos. La gestación múltiple se asocia - igualmente - a un aumento de las dificultades sociales, económicas y laborales de los padres.

- b) Embarazo ectópico. Consiste en la implantación del embrión fuera del útero, habitualmente en las trompas. Excepcionalmente puede coexistir con un embarazo situado en el útero (2-4%).
- c) Riesgos de la anestesia, detallados en el consentimiento informado específico.
- d) Otros riesgos poco frecuentes que excepcionalmente se pueden producir:
 - d.1. Reacciones adversas y/o alérgicas y/o intolerancia a la medicación.

En casos excepcionales podrá efectuarse una laparoscopia para transferir los posibles embriones, por ser infranqueable su cuello cervical y para depositar los embriones a nivel tubario. Los gastos que demanden las eventuales complicaciones no están a cargo de SANATORIO ARGENTINO

- e) El consumo de tabaco y las alteraciones importantes del peso corporal aumentan el riesgo de complicaciones durante el procedimiento, con frecuencia obligan adaptar el tratamiento necesario para la transferencia embrionaria.
- f) Se describen Riesgos Psicológicos como síntomas de ansiedad y síntomas depresivos, tanto en el hombre como en la mujer. En algunos casos, pueden surgir dificultades en la relación de pareja (sexual y emocional) niveles elevados de ansiedad en el período de espera entre la aplicación de la técnica y la confirmación de la consecución o no del embarazo, así como ante los fallos repetidos de la técnica.
- g) Otras complicaciones derivadas de las características clínicas del caso concreto.

4. **Riesgos Personalizados:** Las características médicas, sociales o laborales de cada paciente pueden suponer una modificación de los riesgos generales o aparición de riesgos específicos. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

.....

5. **Resultados:** El éxito de esta técnica depende de la causa de Esterilidad. Globalmente: Embarazo por el ciclo, porcentaje del 20% al 30%.

La probabilidad de aborto, de malformaciones fetales, genéticas y/o cromosómicas, una vez conseguido el embarazo mediante FIV-TE, son las mismas que de un embarazo natural, salvo en casos de embarazo múltiple.

La pareja comprende perfectamente que no se le garantiza la obtención del embarazo a través del procedimiento, por lo que renuncia expresamente a efectuar reclamo alguno en caso de no resultar exitoso, así tampoco en caso de embarazo múltiple, alteraciones en el embarazo o en el recién nacido.

6. Aspectos Legales y/o éticos relacionados con la reproducción asistida:

a) **De Carácter General:** El acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida está regulado por la Ley N°26.862 y reglamentado por el Dto. 956/2013, que contempla la donación de gametos. Conforme el Nuevo Código Civil y Comercial, para llevarlas a cabo se requiere del consentimiento previo, informado y libre de las personas que se someten al uso de esas técnicas, que debe renovarse cada vez que se procede a la utilización de gametos o embriones. El consentimiento es libremente revocable mientras no se haya producido la concepción en la persona o la implantación del embrión. Los nacidos por las Técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha presentado su consentimiento previo, informado y libre debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas, con independencia de quién haya aportado los gametos.

Quando se utilicen gametos de terceros, no se genera vínculo jurídico alguno con éstos, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales en los mismos términos que la adopción plena.

La información relativa a que la persona ha nacido por el uso de técnicas de reproducción humana asistida con gametos de un tercero - aunque sin identificar al donante - constará en el correspondiente legajo base para la inscripción del nacimiento.

b) Caso de Utilización de Gametos Procedentes de Donante: En la donación con fines reproductivos la donación es voluntaria, gratuidad, anónima y altruista y requiere del consentimiento escrito específico previo, conforme Nuevo Código Civil y Comercial.

El Nuevo Código Civil y Comercial establece que a petición de las personas nacidas a través de las técnicas de reproducción humana asistida, puede obtenerse del centro de salud interviniente información relativa a datos médicos del donante, cuando es relevante para la salud, y que podrá revelarse la identidad del donante, por razones debidamente fundadas, evaluadas por la autoridad judicial por el procedimiento más breve que prevea la ley local.

Si bien ciertos aspectos relacionados con la donación de gametos aún no han sido regulados específicamente en la Argentina, la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) recomienda las siguientes pautas que aplican al presente, a saber: Los gametos obtenidos para donación provendrán de personas mayores de edad. Debe mantenerse el anonimato entre el donante y el receptor de los gametos y que no los una ningún tipo de vínculo. Todas las personas concebidas por técnicas de reproducción asistida con gametos donados tienen el derecho a conocer su origen genético. La donación de gametos debe ser altruista y anónima. Las personas concebidas por gametos donados y los donantes de gametos deben ser protegidas de las probables consecuencias de tener muchos hermanos e hijos genéticos, por lo que los gametos provenientes de un mismo donante deben ser usados por un número limitado de receptoras. Las personas que conciben a través del uso de gametos donados tienen derecho a contar con información clínica relevante del donante para un correcto cuidado de la persona nacida. El centro debe velar por la atención médica necesaria y adecuada de los donantes de gametos y de sus complicaciones.

Asimismo, este Centro adopta los siguientes criterios:

- La elección de los donantes la hace el equipo médico que aplica la técnica, y procurando la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible con la mujer receptora.
- Las donantes de las que procede el material genético han de tener buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico debe cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluya sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar que no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia.
 - Ni la mujer receptora ni su cónyuge/pareja/conviviente cuando hayan prestado su consentimiento formal, previo y expreso a determinada práctica de fertilidad con contribución de donante, podrán impugnar la filiación matrimonial del hijo nacido como consecuencia de tal procedimiento.

c) Destino de Embriones Criopreservados: Los preembriones viables no implantados de un ciclo de fecundación in Vitro podrán ser conservados en nitrógeno líquido.

El destino posterior de los preembriones congelados puede ser: 1) La utilización por la propia mujer o su cónyuge /pareja femenino; 2) La donación con fines reproductivos; 3) La donación con fines de investigación; 4) El cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación. La utilización por la propia mujer o su cónyuge/pareja podrá efectuarse en cualquier momento mientras la mujer reúna los requisitos clínicamente adecuados para la realización de la técnica de reproducción asistida (lo que constituye el plazo máximo de conservación). En caso de separación/ divorcio, si la mujer

desea utilizarlos para su reproducción personal deberá contar con el consentimiento de la pareja/cónyuge/conviviente para la nueva transferencia que hubiera de realizarse.

En el caso de Donación con Fines Reproductivos, Con Fines de Investigación y/o Cese de conservación, al no existir regulación específica, **todo ello procederá en la medida que dichas opciones no se opongan a la regulación dictada o que pudiera dictarse en el futuro.** En su defecto, los mentados destinos deberán ser dispuestos con intervención de la Autoridad competente, en cuyo caso liberamos a SANATORIO ARGENTINO de toda tramitación al efecto.

d) Hijo Póstumo: En caso de muerte del o la cónyuge o conviviente de la mujer que da a luz, no hay vínculo filial entre la persona nacida del uso de las técnicas de reproducción humana asistida y la persona fallecida si la concepción en la mujer o la implantación del embrión en ella no se hubiera producido antes del fallecimiento. Ello no rige si se cumple con las siguientes premisas: 1) la persona consintió en el documento de consentimiento informado o en un testamento que sus embriones sean transferidos en la mujer después de su fallecimiento y 2) la concepción en la mujer o la implantación del embrión en ella se produce dentro del año siguiente al fallecimiento. **Todo ello, en la medida que lo referido no se oponga a la legislación vigente. En su defecto, deberá requerirse la autorización de la autoridad competente.**

7. Alternativas ante el fracaso de la técnica: Si después de haber realizado varios tratamientos con recepción de gametos donados no se ha conseguido el embarazo, puede ser aconsejable adoptar, tras la oportuna reflexión, alguna de las siguientes alternativas: Volver a iniciar el tratamiento o Profundizar en estudios complementarios o Aplicar modificaciones a la técnica utilizada o Realizar un diagnóstico genético preimplantacional (DGP) o Realizar nuevos tratamientos con gametos donados, Desistir de los tratamientos de reproducción asistida.

CONSENTIMIENTO: En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos nuestro consentimiento escrito para la utilización de técnicas de reproducción asistida con **semén y ovocitos de DONANTE.**

DECLAR/O/AMOS conocer que, en cualquier momento anterior a la transferencia embrionaria, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo/podemos pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, revocando el consentimiento aquí prestado, y que dicha petición deberá atenderse, siempre y cuando no se haya iniciado el proceso de fertilización, es decir luego de poner en contacto los ovocitos y los espermatozoides.

DECLAR/O/AMOS, no haber omitido o falseado ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias, Comprometer/me/nos a notificar al centro los cambios de circunstancias personales (defunción, separación, divorcio, etc). Obligar/me/nos a comunicar los cambios de domicilio en caso de existir preembriones congelados.

COMPREND/O/EMOS que 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

MANIFIEST/O/AMOS que est/oy/amos satisfecha/o/os con la información recibida, que he/mos comprendido las explicaciones que me/nos han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, que comprendo/emos el alcance y los riesgos del tratamiento, y que el facultativo me/nos ha permitido realizar todas las observaciones y me/nos ha aclarado todas las dudas planteadas, así como que hemos sido informados sobre la disponibilidad

de alguna posible alternativa a la fertilización asistida, como por ejemplo la adopción.

Y en tales condiciones **CONSIENT/O/MOS y AUTORIZ/O/AMOS:**

Que el Dr./aY
equipo, realice la TÉCNICA DE FIV-TE CON / SIN ICSI.

En (lugar), a losdías del mes de
de

Firma (Paciente):

Firma 2 (Cónyuge/Pareja/Conviviente):

Firma 3 (Médico):

SANATORIO ARGENTINO