

	SANATORIO ARGENTINO	CONSENTIMIENTO INFORMADO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE LA PAREJA	RSGC 96 Pág. 1 de 2
	CALIDAD		

SANATORIO ARGENTINO MATERNIDAD PRIVADA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO MEDIANTE
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE LA PAREJA

Sra:..... DNI: y el
Sr:..... DNI:

DECLARO:

Que el Dr/a me ha explicado que es necesario/
conveniente proceder, en mi situación, realizar una INSEMINACION ARTIFICIAL con semen
homólogo (de la pareja), por

1. La Inseminación Artificial con semen homólogo (AIH), consiste en la **colocación del
semén dentro del útero** en fecha ovulatoria. (coincidiendo con la ovulación de la
mujer).

Las indicaciones de esta modalidad terapéutica para el tratamiento de la
esterilidad de la pareja puede ser masculino, femenino, mixto o de origen
desconocido.

Generalmente se realizarán de 4 a 6 ciclos de AIH antes de comenzar con técnicas de
Reproducción más complejas.

La fecha en que realizará la AIH será indicada por el médico en base al tamaño de
los folículos (controlado por ecografía). Para la realización de la AIH es
necesario que la pareja acuda al Centro para entregar el semen; que se preparará
mediante la selección de espermatozoides vivos y móviles. La inseminación en sí, no
es una técnica dolorosa, el depósito de espermatozoides se realiza intra útero con
una cánula flexible, lo que no representa más molestia que la que puede causar una
simple citología. Se realiza en consulta y supone tan sólo de 10 a 20 minutos.

En la actualidad la mayoría de los ciclos de AIH se realizan con estimulación de la
ovulación, sólo en casos seleccionados se efectuará en ciclos naturales. Consiste
en administrar una serie de fármacos cuya finalidad es aumentar el número de
ovocitos (óvulos) y controlar el momento de la ovulación, mejorando las
posibilidades de gestación en mujeres anovuladora y normoovuladoras. En el caso de
que el ciclo sea inducido, la pauta de tratamiento a seguir **siempre y
necesariamente** será indicada por el médico, que le marcará la pauta de tratamiento
a seguir según los controles ecográficos realizados. En el momento que los
folículos hayan adquirido el número y tamaño adecuados, se provocará la ovulación
con otro fármaco y se indicará la fecha de la AIH.

2. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:**

A) El embarazo gemelar (18%) y múltiple- más de tres fetos (2%). Los porcentajes
señalados corresponden a casos de estimulación ovárica.

B) Síndrome de estimulación ovárica, respuesta exagerada al tratamiento de
estimulación del ovario. Puede ser leve, moderado y grave, en el último caso
requerirá ingreso hospitalario por posibles alteraciones de la coagulación
sanguínea, función renal o hepática (menos del 1%). Si se produce un embarazo,
las posibilidades de hiperestimulación aumentan.

3. **Por mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer
riesgos o complicaciones como.....

4. **Resultado:** El éxito de esta técnica dependerá de la causa de la Esterilidad.

Globalmente: Embarazo por ciclo del 10%.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y
sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las
observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna
explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, así como la disponibilidad de alguna posible alternativa a la inseminación, como por ejemplo la adopción.
Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **INSEMINACIÓN ARTIFICIAL**, con semen homólogo (de la pareja).

En
(lugar y fecha)

Firma de la paciente

Aclaración:.....

DNI:.....

Firma del Esposo/pareja

Aclaración:

DNI: