

DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS

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) Tener plena capacidad de obrar.
- 2) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos mi/nuestro consentimiento escrito a la transferencia de preembriones propios previamente criopreservados.
- 3) Que anteriormente a este acto, se me/nos ha dado información verbal y escrita, esta última a través del **“Documento de información para el Consentimiento Informado de Fecundación in Vitro o Microinyección espermática, con Transferencia Embrionaria y Congelación Embriones”**, que he/hemos leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - Información y asesoramiento sobre la descongelación y la transferencia de embriones previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - Los destinos de los posibles preembriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.
 - 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.) o dificultar nuestra localización.
- 4) Conocer que, en cualquier momento anterior a la descongelación embrionaria, la mujer receptora puede pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.

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

6) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de (uno, dos o tres) preembriones.

7) 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
- donación con fines de investigación
- cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación.

8) He/Hemos comprendido toda la información, que se me/nos ha dado en forma suficiente, comprensible y adecuada por parte del Dr./Dra.

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

- 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 o dificultasen la necesaria comunicación en caso de preembriones congelados restantes.

Y una vez debidamente informados,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de descongelación y transferencia embrionarias.

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 in 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 embriones 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)

Fdo. D^º.

Fdo. D.

ANEXO para la REVOCACIÓN del presente consentimiento

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 solicito/solicitamos la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me/nos estoy/estamos sometiendo.

En

a

de

de

Fdo. El/La Médico/a (Col.nº)

Fdo. D^o.

Fdo. D.