

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CRIOPRESERVACION DE EMBRIONES

Definiciones

Criopreservación: procedimiento que permite conservar embriones a bajas temperaturas (menos 196 grados centígrados), en nitrógeno líquido, mediante protocolos de congelación rápida (vitrificación).

Embrión: producto resultante de la fecundación normal entre un óvulo y un espermatozoide.

Establecimiento sanitario: centro de salud destinado a realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida de conformidad con lo previsto en la Resolución 1305/2015 del Ministerio de Salud de la Nación.

Propósito de la criopreservación

El objetivo de la criopreservación es mantener la viabilidad de los embriones frente a las siguientes indicaciones médicas:

- Evitar el descarte de embriones no transferidos
- Disminuir la probabilidad de un embarazo múltiple
- Brindar al paciente la mayor eficacia del tratamiento ya que los embriones criopreservados pueden ser transferidos en ciclos posteriores, o para el logro de un segundo embarazo, reduciendo la necesidad de someterse a nuevas estimulaciones ováricas y aspiraciones foliculares repetidas.
- PGS/PGD
- En casos de Síndrome de hiperestimulación ovárica
- Endometriosis inadecuados
- Situaciones especiales según criterio médico

Etapas del procedimiento

La criopreservación embrionaria se realiza durante el procedimiento de FIV /ICSI en etapas posteriores a la fecundación del ovocito en el laboratorio. Puede realizarse en el estadio de embrión (D3) o blastocisto (D5 a D6). Si no se lograra embarazo en el ciclo de estimulación, se recomienda la transferencia de los embriones criopreservados en el menor plazo posible.

Riesgos Generales

- La no supervivencia embrionaria, situación que es más frecuente si la calidad embrionaria está disminuida.
- Accidentes mecánicos por falla de materiales, siniestros o catástrofes naturales
- En la actualidad hay muchos niños nacidos luego de la transferencia de embriones congelados y no se han observado aumento de malformaciones si se lo compara con la población general (4-8%). Se conoce que en el proceso de congelamiento/descongelamiento alrededor del 10% de embriones no continúan su desarrollo in vitro, existiendo por lo tanto la posibilidad de suspender la transferencia embrionaria.

Estadísticas de efectividad

Se reportan tasas de embarazo de aproximadamente 30% por ciclo, dependiendo de la edad del/la paciente al momento de congelar, estadio y calidad embrionaria, receptividad endometrial, presencia de patología uterina y factores espermáticos. Existe además un riesgo de aborto de 15-20% por ciclo.

Información obtenida

He/Hemos leído y comprendido la información brindada precedentemente en relación al procedimiento al que me/nos someteré/mos.

He/Hemos tenido oportunidad de consultar al profesional interviniente y aclarar las dudas con relación al tratamiento, sus riesgos, beneficios, y eventuales complicaciones en relación al procedimiento al que accederé/mos. Las explicaciones que me/nos han facilitado han sido en lenguaje claro y sencillo.

He/Hemos sido informada/as/os que todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo mi/nuestra historia clínica, estudios complementarios y/o imágenes conforme lo establecido en el artículo 2 inc. d) de la Ley N° 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud modificada por la Ley N° 26.742, Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y en los artículos 8 y 10 de la Ley N° 25.326 sobre Protección de Datos Personales. Su revelación (total o parcial) sólo se producirá en supuestos de excepción en el caso de requerimiento judicial que releve a Cegyr del secreto médico, o en circunstancias extraordinarias según el criterio debidamente fundado de Cegyr.

He/Hemos sido informada/as/os y consiento/consentimos que los datos no identificatorios sobre los resultados del presente tratamiento sean reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con fines estadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan.

He/Hemos sido informada/as/os que puedo/podemos obtener, en cualquier momento, copia de mi/nuestra historia clínica, de conformidad con lo previsto en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (arts. 12 y conc.) modificada por la Ley N° 26.742, Dto. Reglamentario N° 1089/2012 y la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que el futuro destino de los embriones congelados puede ser:

- Uso futuro para transferencias dentro de la pareja/persona
- Donación a otra persona/pareja con fines reproductivos de acuerdo a las normas institucionales vigentes en su debido momento.
- Donación con fines de investigación
- Interrupción de la criopreservación

Al momento de tomar la conducta a seguir según lo planteado, comprendo/emos que deberé/mos firmar un consentimiento específico para el destino de los embriones.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que el propósito de la criopreservación es, principalmente, permitir la utilización de los embriones generados en futuras transferencias y a los fines de lograr un embarazo de conformidad con el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, en el marco de un proyecto parental individual o conjunto entre los firmantes del presente. Transcurridos los cinco (5) años desde la criopreservación se deberá optar por alguna de las opciones mencionadas en el párrafo anterior. En caso de optar por el uso del material dentro de la pareja/persona, el mantenimiento se podrá prorrogar por un máximo de cinco (5) años.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que en caso de divorcio, separación de hecho, nulidad del matrimonio, muerte del único titular, de uno de los titulares o de ambos titulares, debemos acordar y dejar asentada nuestra voluntad sobre la conducta a seguir (según lo ya establecido) en el presente consentimiento. Cegyr procederá según la voluntad establecida cuando sea factible o de lo contrario lo hará de conformidad con lo que resuelva el juez competente, siguiendo para ello los requerimientos que sean necesarios para tal fin.

Hemos sido informados y comprendemos que de producirse discrepancia entre los titulares cuando sean dos sobre el destino de los embriones, el centro médico no podrá atender la petición unilateral de disposición efectuada por uno solo de los titulares, como tampoco podrá aceptar ningún acuerdo de ambos titulares sobre los embriones que suponga una transacción económica o de intereses.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que el consentimiento prestado puede ser revocado en cualquier momento previo a la criopreservación, conforme lo establece el artículo 7 de la Ley N° 26.862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (art.7) y el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. Comprendo/emos que de existir embriones viables al momento de la revocación, seré/seremos responsables jurídicamente de los mismo debiendo tomar conducta sobre ellos de acuerdo a lo establecido anteriormente.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que el mantenimiento de los embriones criopreservados se rige por las condiciones que se establezcan en un contrato de almacenamiento que se anexa y forma parte del presente consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizo/exteriorizamos mi/nuestra voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s a **proceder a la criopreservación y almacenamiento de los embriones generados en el procedimiento de reproducción humana asistida realizado** entre¹ y² y **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicarme/nos el tratamiento y las técnicas necesarias para tal fin.

Así mismo, en caso de divorcio, separación de hecho, nulidad del matrimonio, muerte del único, de uno o de ambos titulares yo¹**exteriorizo mi voluntad** plenamente consciente y libre de³ **mis embriones y yo**² **exteriorizo mi voluntad** plenamente consciente y libre de³ **mis embriones y** **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicar las medidas para cumplimentarlo.

Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales Civiles Ordinarios de la Ciudad de Buenos Aires.

Es responsabilidad de los pacientes notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado durante la duración de la criopreservación. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

¹ Consignar nombre y apellido

² Consignar nombre y apellido o cruzar el renglón

³ Consignar Donar a otra persona/pareja con fines reproductivos, Donar para investigación o Interrumpir la criopreservación.

PACIENTE 1

Apellidos y Nombres:.....D.N.I./Pasaporte:.....Edad:.....

Domicilio:.....CP:.....

Localidad:.....Pcia.:.....País:.....

Teléfono:.....Celular:.....Mail:.....

.....
Firma, aclaración y fecha

PACIENTE 2

Apellidos y Nombres:.....D.N.I./Pasaporte:.....Edad:.....

Domicilio:.....CP:.....

Localidad:.....Pcia.:.....País:.....

Teléfono:.....Celular:.....Mail:.....

.....
Firma, aclaración y fecha

MÉDICO TRATANTE

Firma, sello y fecha

En este acto se firman 3 (tres) ejemplares del presente consentimiento. Se hace constar que dos de las copias del presente consentimiento serán entregadas a la/as/os pacientes (una para sí y la otra para proceder a la inscripción en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas del niño que naciere mediante esta técnica de reproducción humana asistida, previa protocolización o certificación de autoridad sanitaria competente) y la restante quedará archivada en el Establecimiento Sanitario.