B.A.G.
BANCO ARGENTINO DE GAMETOS

ANEXO II.5

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Consentimiento Nº:…….. _[1]_

Localidad, …… de..... de 20….

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

PROCEDIMIENTO MÉDICO DE DONACIÓN DE SEMEN

Este consentimiento informado corresponde a:……_[2]_, (Historia Clínica Nº……)

1*) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO MÉDICO PARA LA DONACIÓN DE SEMEN*

Concepto

La donación de semen es un acto por el cual una persona denominada “donante” posibilita aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en parejas o personas por indicación médica.

Gameto/s: léase semen, es decir, aquella/s célula/s masculinas denominadas en adelante espermatozoide responsables de la reproducción.

_[1]_ El Número de consentimiento aquí completo corresponde al asignado en el Establecimiento Sanitario

_[2]_ Consignar nombre y apellido completo - DNI de quien suscribe el consentimiento informado.

B.A.G.
BANCO ARGENTINO DE GAMETOS

Objetivos

El objetivo de este procedimiento es la obtención de muestras de semen para ser criopreservadas y posteriormente donadas, para ser utilizadas en tratamientos de reproducción humana asistida.

Etapas del procedimiento

Para poder ingresar al programa se requiere: tener entre 18-40 años y la realización de los siguientes estudios: psicológicos, infectológicos (VIH, Hepatitis B, C e investigación de chlamydia, micoplasma y gonorrea), evaluación genética, grupo sanguíneo y factor RH. **(Ver anexo: consentimiento VIH) _[3]_.**

El procedimiento consiste en obtener la recepción de una muestra de semen que se obtiene mediante la masturbación en el Centro médico, que se almacena en un frasco estéril, la cual es entregada y evaluada en el laboratorio en el término de una hora de producida la obtención de dicha muestra.

Información obtenida

- He tenido oportunidad de consultar al equipo profesional interviniente y aclarar las dudas con relación al procedimiento, sus riesgos, beneficios y eventuales complicaciones en relación al procedimiento al que accedo.
- He leído y he comprendido la información brindada precedentemente en relación al procedimiento al que me someto.
- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo.

_[3]_ Acompañar el ANEXO de CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HIV/VIH con que cuente el ESTABLECIMIENTO

- He sido informada/o que todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo los vertidos en la historia clínica, como así los 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, concordantes y modificatorias.
- He sido informada/o que puedo obtener, en cualquier momento, copia de mi 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, concordantes y modificatorias.
- He sido informada/o y consiento que los datos no identificatorios sobre los resultados del presente procedimiento sean reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con fines estadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan.

2) <u>ASPECTOS LEGALES</u>

- **Objeto de la donación:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que de ser idónea la muestra obtenida, será donada a personas y/o parejas receptoras para ser utilizada en tratamientos de reproducción humana asistida, con el propósito de lograr un embarazo.
- **Obligación de informar:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que una vez obtenida la muestra y realizados los estudios correspondientes se evaluará su idoneidad, pudiendo ser descartada.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que resulta relevante para este procedimiento que informe sobre todos mis antecedentes médicos, tanto personales como familiares, ya que ello tiene una influencia directa en el aumento

de riesgo genético o malformaciones en los nacidos en vinculación con estos procedimientos.

- Se me ha informado debidamente y comprendido que debo informar si he donado previamente en otra institución, señalar dónde y cuándo.
- **Limite al número de donaciones:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que de mis espermatozoides donados, en esta u otra oportunidad, la cantidad de niños nacidos será como máximo de 25 por cada 800.000 habitantes.
- **Compensación:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el monto económico recibido por la presente donación es al solo efecto de compensar las molestias físicas ocasionadas, gastos de desplazamiento y laborales que pudieran derivar de la donación; y no supone incentivo económico para ésta.
- **Revocación del consentimiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que puedo revocar mi consentimiento siempre que los espermatozoides se encuentren disponibles, 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), concordantes y modificatorias y el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- **Carácter de la donación:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que la donación es (marque la que corresponde):
  - ☐ Anónima
  - ☐ No anónima
  - ☐ A persona determinada:……..

  Para el caso de que sea una donación anónima, entiendo que mi identidad no será revelada a la persona que nace ni a la persona/pareja receptora, como así también desconozco la identidad del/los receptor/es. No obstante, comprendo que en circunstancias de estar en riesgo la salud de la persona nacida por medio de ésta técnica con utilización de los espermatozoides donados, podrían darse a conocer

mis datos médicos, no así mis datos identificatorios, excepto previa autorización judicial conforme lo previsto en el artículo 564 del Código Civil y Comercial de la Nación.

- Se me ha informado debidamente y he comprendido que no existirá vínculo filial alguno entre mi persona y la nacida por la utilización de los espermatozoides que aquí consiento donar, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales conforme lo dispuesto en el artículo 575 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que no es admisible el reconocimiento ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo jurídico alguno entre mi persona y el niño nacido, en virtud de lo establecido en el artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

En este marco, habiéndoseme brindado la información de este procedimiento médico, los riesgos, beneficios y eventuales complicaciones, y comprendiendo los términos del presente, solicito, autorizo y consiento que …….. (Nombre del Establecimiento Sanitario) y a través de sus profesionales designados, me efectúen un procedimiento para la donación de semen.

3) DATOS DEL DONANTE Y DEL MÉDICO

Donante:

Apellido:

Nombre:

D.N.I:

Edad:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

*Es responsabilidad del donante notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales de ……

OBSERVACIONES:

Médico:

Apellido:

Nombre:

D.N.I:

Matrícula:

En este acto se firman 3 (TRES) ejemplares del presente consentimiento, uno de los cuales será entregado al /la donante firmante.**-[4]-**

_____ _____

Firma paciente

Firma médico y/o responsable del Establecimiento Sanitario

_[4]_ Se hace constar que una de las copias del presente consentimiento será entregado al/la donante y las dos restantes serán para el Establecimiento Sanitario