

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DONACION DE EMBRIONES CON FINES DE INVESTIGACION**

### **Definiciones**

Criopreservación: procedimiento que permite conservar embriones a bajas temperaturas (menos 196 grados centígrados), en nitrógeno líquido, mediante protocolos de congelación lenta o 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 donación**

La donación con fines de investigación pueden significar un avance en la medicina reproductiva logrando un bien mayor.

### **Etapas**

Consulta medico: la/s/los paciente/s deberá/n dar aviso a su médico tratante de la decisión tomada.

### **Información obtenida**

He/Hemos tenido oportunidad de consultar al profesional interviniente y aclarar las dudas con relación a la donación de embriones con fines reproductivos, sus riesgos y beneficios. Las explicaciones que me/nos han brindado en el Cegyr han sido suficientemente claras e ilustrativas, y se me/nos ha explicado todas las características del procedimiento en un lenguaje claro y sencillo.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos 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 comprendo/emos que puedo/podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual hasta antes de su utilización en estudios de investigación, en virtud de lo establecido en 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 lo dispuesto en el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. . La revocación de la donación de embrión/embriones, se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al Cegyr, manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento, y de dejar sin efecto la donación de embrión/embriones. Comprendo/emos que una vez dejada sin efecto la misma, seguiré/emos siendo responsable/s jurídica y económicamente de la guarda y/o mantenimiento de el/los embriones.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que la donación es voluntaria, altruista y gratuita por lo que no recibiré/emos compensación económica por este acto.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/emos que no están a mi/nuestro cargo ninguno de los gastos que deriven de la donación de los embriones.

### CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizo/ exteriorizamos mi/nuestra voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s, a **proceder a la donación con fines de investigación de los embriones generados en el procedimiento de reproducción humana asistida realizado por/entre.....<sup>1</sup>y .....<sup>2</sup> en fecha .....<sup>3</sup>y AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicar el tratamiento y las técnicas necesarias para tal fin.

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. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

<sup>1</sup>Consignar nombre y apellido

<sup>2</sup>Consignar nombre y apellido o cruzar el renglón

<sup>3</sup>Consignar fecha de realización del tratamiento que dio origen a los embriones que son donados

### PACIENTE I

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 dos (2) ejemplares del presente consentimiento, uno (1) de los cuales es entregado a la/as/os paciente/s firmantes y el restante quedará archivado en el Establecimiento Sanitario.