

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS SERODISCORDANTES (VARON AFECTADO)**

### **Definiciones**

Swim up: Procesamiento de semen que se realiza a través de técnicas de centrifugación para el aislamiento de los espermatozoides.

PCR: Técnica de detección de la carga viral en semen.

### **Información general**

El contagio del VIH se produce por medio de fluidos corporales. De esta manera, la transmisión puede ocurrir por transfusiones de sangre, administración intravenosa de sustancias, por vía sexual y por vía vertical de madre a hijo. La causa principal de SIDA pediátrico es la madre portadora del VIH. Un hombre VIH seropositivo puede infectar a su descendencia infectando a la madre, no existiendo en toda la literatura referencia sobre una madre no infectada dando a luz un niño infectado.

El conocimiento de la presencia del virus antes del embarazo o en la primera etapa de la gestación es la herramienta principal en la prevención de la infección perinatal. El riesgo de transmisión vertical en una paciente portadora del VIH durante su embarazo es de un 20% si no recibe el tratamiento antirretroviral correspondiente.

### **Etapas del tratamiento**

Inicio: Se dejan tres (3) muestras de semen las cuales son criopreservadas (según criterio médico).

Swim up y criopreservación: Se procesa cada muestra por separado y se criopreservan.

PCR: Una porción de cada muestra procesada es enviada al laboratorio de virología para evaluar existencia de material genético viral.

Procedimiento de reproducción asistida: se realiza con la muestra previamente congelada cuando el resultado del PCR ha sido "no detectable" siendo así las probabilidades de contagio de la mujer ínfimas pero no nulas.

### **Riesgos**

En el uso de estas técnicas no hay descrito en la literatura médica actual ni un solo caso de contagio. Sin embargo, si existiese seroconversión la paciente deberá comenzar el tratamiento antirretroviral y quedará contraindicada la lactancia reduciendo así el riesgo de transmisión al recién nacido a un 2%.

Del embarazo: la mujer deberá realizar los controles serológicos pertinentes cada 3 meses y la pareja deberá comprometerse al uso de preservativo durante el período de control infectológicos. La evolución del embarazo es la misma que en embarazos logrados en forma espontánea.

Anomalías congénitas y trastornos genéticos: Las posibilidades de ocurrencia por el uso de estas técnicas reproductivas se estiman similares a las de la población general.

### **Información obtenida**

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 accedo/accedemos. Las explicaciones que nos han facilitado han sido en lenguaje claro y sencillo.

Hemos sido informados que todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo 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.

Hemos sido informados y 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.

Hemos sido informados que podemos obtener, en cualquier momento, copia de 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.

Hemos sido informados y comprendemos que el presente consentimiento es válido sólo para la realización de éste procedimiento. Un consentimiento similar al presente debe renovarse ante cada nuevo procedimiento, conforme lo dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Hemos sido informados y comprendemos que podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual hasta antes de efectuado el procedimiento, 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 se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico interviniente manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento y no continuar con el procedimiento.

Hemos sido informados y comprendemos que para la realización de la técnica debemos contar con autorización del nuestro médico infectólogo.

## CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizamos nuestra voluntad**, plenamente conscientes y libres, de realizar el tratamiento de fertilidad a .....<sup>1</sup> quien llevará adelante la gestación en el marco de un proyecto parental conjunto con.....<sup>1</sup> quien aporta LAS GAMETAS MASCULINAS y es portador de HIV y cuya muestra .....<sup>2</sup> debe ser procesada por PCR. **AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicarnos 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 durante la duración de la criopreservación. 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 sí o no

## 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 2 (dos) ejemplares del presente consentimiento. Se hace constar que una de las copias del presente consentimiento será entregada a los pacientes y la restante quedará archivada en el Establecimiento Sanitario.