

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ASPIRACION FOLICULAR

Definiciones

Ovocitos: gametos femeninos

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.

Objetivo

Obtención de ovocitos mediante procedimiento quirúrgico para su criopreservación y uso futuro en tratamientos de fertilidad.

Etapas del tratamiento

Estudios previos: Determinaciones hormonales en sangre, rutina general de laboratorio, infectológicos en sangre, cariotipo, ecografía transvaginal, cultivo de flujo, evaluación del útero y trompas (histerosalpingografía), control ginecológico al día y evaluación cardiológica. Calendario de vacunación al día. Asesoramiento preconcepcional.

Estimulación de la ovulación: Para conseguir un mayor número de óvulos se estimulan los ovarios mediante la administración de medicamentos y hormonas orales y/o inyectables cuya dosis se determinará por los estudios previos y el monitoreo ecográfico.

Recuperación de óvulos: Se realiza mediante la punción del ovario y es guiada mediante ecografía. Este es un procedimiento ambulatorio que requiere anestesia. Posteriormente se iniciará el suplemento con progesterona.

Criopreservación y almacenamiento de los ovocitos: Ver consentimiento aparte.

Riesgos

De la estimulación ovárica: dolor abdominal, cefalea, edema, torsión de ovario, síndrome de hiperestimulación ovárica leve (la forma severa ocurre del 2 al 5% de los casos).

De la medicación (efectos adversos): pueden presentarse desde ninguno hasta todos los síntomas siguientes: enrojecimiento y dolor del sitio de aplicación, leve pérdida o aumento de peso, retención de líquidos, cambios en el apetito, aumento de la tensión mamaria, sangrado vaginal, infecciones vaginales por hongos, aumento del flujo vaginal, tuforadas de calor, dolor generalizado, dolor menstrual, cansancio, alergias en la piel, dolor de cabeza, cambios en el humor, trastornos del sueño, náuseas y vómitos.

De la preparación endometrial: suspensión por estado inadecuado del endometrio, metrorragia, otros.

De la aspiración folicular: suspensión por respuesta insuficiente a la estimulación, infección intraabdominal o hemorragia la que puede requerir tratamiento antibiótico ambulatorio o internación con o sin laparoscopia o laparotomía resolutiva.

Información obtenida

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

He 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. Las explicaciones que me han facilitado han sido en lenguaje claro y sencillo.

He sido informada que todos los datos médicos relativos a este procedimiento son confidenciales, incluyendo mi 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 sido informada y consiento 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 sido informada 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.

He sido informada y comprendo la importancia de estar en contacto cercano con el equipo médico de Cegyr durante el período de tratamiento.

He sido informada y comprendo que el presente consentimiento es válido sólo para la obtención de estos ovocitos. En el futuro deberé firmar y entregar un consentimiento que autorizará la descongelación y uso de los mismos. Un consentimiento similar al presente debe renovarse ante cada nuevo procedimiento de aspiración folicular.

He sido informada y comprendo que puedo revocar el presente consentimiento 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.

He sido informada y comprendo que podría no ser admitida por decisión de la Institución debidamente fundada, sin que esto pueda interpretarse como acto discriminatorio de ninguna naturaleza.

He sido informada y comprendo que puede suceder que alguno o todos los ovocitos obtenidos puedan no ser útiles. Los ovocitos que por decisión médica no sean criopreservados podrían ser estudiados para evaluar algunos mecanismos celulares y/o moleculares que permitan entender potenciales problemas.

CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizo mi voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s, de realizar el tratamiento de aspiración folicular y **AUTORIZO** a los profesionales médicos de la Institución a aplicarme 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.

PACIENTE

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