

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TECNICAS DE COLUMNAS DE ANEXINA V

Definiciones

Fragmentación de ADN: Rupturas en la hebra del ADN espermático que según el porcentaje de incidencia podría disminuir los resultados reproductivos.

Test de tunel: Estudio diagnóstico que detecta dentro de una muestra el nivel de espermatozoides que presentan fragmentación de ADN.

Columnas de anexinas: Técnica de selección que permite la remoción de espermatozoides con ADN fragmentado, dando como resultado una muestra enriquecida en espermatozoides no fragmentados y por lo tanto con mayor capacidad fecundante.

Etapas del tratamiento

Procedimiento: El día de la realización del ICSI, la muestra es procesada con la técnica de Columnas de Anexinas. Los espermatozoides con bajo nivel de fragmentación obtenidos luego del filtrado son los utilizados para realizar la inyección intracitoplásmica.

Riesgos

Puede suceder que la muestra entregada no cuente con la cantidad mínima requerida de espermatozoides para realizar la técnica.

Información obtenida

Hemos tenido oportunidad de consultar al profesional interviniente y aclarar las dudas con relación a la técnica, 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 ésta técnica 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 de la presente técnica 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 TRA. Un consentimiento similar al presente debe renovarse ante cada nuevo procedimiento.

Hemos sido informados y comprendemos que podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual hasta antes de efectuado el tratamiento, 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 de FIV/ICSI. Comprendo/comprendemos que de existir embriones al momento de la revocación seré/seremos responsable/s jurídicamente y del mantenimiento económico de los mismos.

Hemos sido informados y comprendemos que los espermatozoides que por decisión médica no sean utilizados en nuestro procedimiento, podrían ser estudiados para evaluar algunos mecanismos celulares y/o moleculares que permitan entender potenciales problemas.

CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizamos nuestra voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s, de realizar el tratamiento FIV/ICSI CUYAS GAMETAS FEMENINAS SON APORTADAS POR.....¹, LAS GAMETAS MASCULINAS SON APORTADAS POR.....² CUYA muestra será sometida a la realización de columnas de anexinas y CUYA TRANSFERENCIA EMBRIONARIA SE REALIZARÁ A.....² **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.

¹ Consignar nombre y apellido o la palabra "Donante"

² Consignar nombre y apellido

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.