

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DESCONGELACION DE EMBRIONES Y SU TRANSFERENCIA**

### **Definiciones**

ET (Transferencia intrauterina embrionaria): es la colocación en el útero de los embriones para lograr su implantación en el endometrio.

Embrión: producto resultante de la fecundación normal entre un óvulo y un espermatozoide.

Descongelamiento embrionario: procedimiento aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación mediante el cual un embrión criopreservado y almacenado en nitrógeno líquido, es descongelado e hidratado nuevamente para recuperar sus funciones celulares.

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.

### **Particularidades**

Los embriones pueden provenir de intentos anteriores de la persona/pareja que los va a recibir y sus gametas pueden ser propias o donadas o pueden provenir de los tratamientos realizados por una persona/pareja que consiente en donarlos con fines reproductivos a otra persona o pareja. Dichos embriones deben ser viables y reunir los requisitos médicos necesarios que ofrezcan la mejor chance de éxito.

### **Etapas del tratamiento**

#### Estudios previos:

determinaciones hormonales en sangre, rutina general de laboratorio, infectológicos en sangre, 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.

#### Preparación endometrial:

Se preparará el endometrio mediante la administración de hormonas (estrógenos – progesterona). Se indicará la toma preconcepcional de ácido fólico a la persona que llevará adelante el embarazo.

#### Descongelación y transferencia:

Luego de la descongelación, los embriones resultantes se transferirán al útero mediante una cánula a través del cuello uterino, bajo control ecográfico y sin anestesia. Este es un procedimiento ambulatorio que no requiere internación. La transferencia se realizará sobre la persona que consienta la recepción de los embriones.

Revitricación de embriones: Se criopreservarán los embriones descongelados que resultaren viables y no transferidos (excedentes) por lo que se firmará un consentimiento para tal fin.

Post Transferencia: Se continúa con la administración de hormonas hasta nueva indicación médica.

### **Riesgos**

De la medicación (efectos adversos): pueden presentarse desde ninguno hasta todos los síntomas siguientes: 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, 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.

Del descongelamiento: existe riesgo de no supervivencia de los embriones al descongelamiento, siendo este riesgo menor al 20%. En el supuesto caso de no supervivencia de ningún embrión, la transferencia será cancelada.

De la transferencia: existe riesgo de infección, hemorragia o la imposibilidad de transferencia por variables anatómicas; siendo este riesgo menor al 5%.

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.

Isoinmunización RH: Si la paciente que llevará adelante el posible embarazo es RH negativa y alguna de las gametas proviene de individuos Rh positivo, existe el riesgo de que ocurra una incompatibilidad de Rh. Esta probabilidad se puede disminuir mediante aplicación de gammaglobulina según indicación obstétrica.

Del embarazo: La transferencia de embriones al útero no garantiza el logro del embarazo. Así mismo, en caso de embarazo puede ocurrir un aborto espontáneo (riesgo similar al de la población general), embarazo ectópico (4%) o cualquier

complicación similar a la que pueda ocurrir durante un embarazo concebido espontáneamente. La transferencia aún de sólo un embrión implica el riesgo mínimo de tener un embarazo múltiple. En el caso de transferir dos embriones este riesgo asciende al 20% de los embarazos. Los riesgos de un embarazo múltiple incluyen parto pre término y sus complicaciones neonatales, hipertensión y diabetes maternas, entre otras.

Aspectos psicológicos: Pueden producirse alteraciones en las relaciones interpersonales (con la pareja, con el hijo nacido o con el entorno de la pareja). En todos los tratamientos de reproducción asistida se sugieren entrevistas con los equipos psicológicos especializados en reproducción.

### **Información obtenida**

He/Hemos leído y comprendido la información brindada precedentemente en relación al procedimiento al que me/nos someteré/mos. He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el/los embriones resultante/s luego del proceso de descongelación se transfieren a .....<sup>1</sup> quien llevará adelante la gestación en el marco de un proyecto parental individual o conjunto con.....<sup>2</sup>

He/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 me/nos han facilitado han sido en lenguaje claro y sencillo.

He/Hemos sido informada/as/os 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 consiento/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.

He/Hemos sido informada/as/os que puedo/podemos obtener, en cualquier momento, copia de mi/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.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el vínculo jurídico filial con la/s persona/s nacida/s de esta técnica queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento informado en el marco de un proyecto parental individual o conjunto, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que no es admisible la impugnación de la filiación de los hijos nacidos a partir de la realización del tratamiento que aquí se consiente en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que a los fines de proceder a la inscripción de la/s persona/s nacida/s mediante el empleo de esta técnica de reproducción humana asistida, ante el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas correspondiente, se deberá acompañar el presente consentimiento informado, el cual previamente deberá ser protocolizado ante Escribano Público Nacional o bien certificado ante la autoridad sanitaria correspondiente a la jurisdicción, conforme lo dispuesto por el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. Quedando a mi/nuestro cargo el diligenciamiento y las erogaciones de su protocolización o certificación ante la autoridad sanitaria como efecto derivado de la determinación de la filiación de los niños nacidos por el uso de este tipo de procedimientos médicos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el presente consentimiento es válido sólo para la descongelación de estos embriones y para su consecuente e inmediata transferencia. En caso de existir embriones sobrantes un consentimiento similar al presente debe renovarse ante cada nuevo procedimiento de descongelación y transferencia, conforme lo dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación, siendo este nuevo consentimiento el correspondiente para la inscripción del nacimiento ante el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, previa protocolización o certificación de conformidad con lo dispuesto en el art. 561 del Código Civil y Comercial.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que puedo/podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual hasta antes de efectuada la transferencia embrionaria, 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 Medicamentada 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 transferencia embrionaria. Comprendo/comprendemos que de existir embriones al momento de la revocación seré/seremos responsable/s jurídicamente y del mantenimiento económico de los mismos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que la cantidad de embriones a ser transferidos (uno -1- o dos -2-) es una decisión y responsabilidad del equipo profesional/centro interviniente según sea adecuado para el logro del embarazo, a fin de disminuir los riesgos ocasionados por los embarazos múltiples y resguardar la salud de quien gesta.

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

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

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que los embriones detenidos, no aptos para la transferencia, podrían ser estudiados para evaluar algunos mecanismos celulares y/o moleculares que permitan entender potenciales problemas.

#### **Apartado para la recepción de embriones donados**

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que los embriones provienen de una donación anónima, es decir, comprendo/comprendemos que no conoceremos la identidad de la/las/los donante/s, como así también que la/las/los donante/s carece de información sobre la/las/los receptora/as/es, existencia o no de embarazo y posterior nacimiento de niños. No obstante, comprendo/comprendemos que en circunstancias de estar en riesgo la salud de la/s persona/s nacida/s por medio de ésta técnica con utilización de embriones donados podrían darse a conocer los datos médicos del donante, no así sus datos identificatorios, excepto autorización judicial de conformidad con lo dispuesto por el artículo 564 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que si bien Cegyr intentará realizar una compatibilización fenotípica con la/las/los donante/s, no puede asegurarse que la/las/los donante/s posea/n características similares a la/as/os receptora/as/es ni pueden asegurarse resultados con respecto al fenotipo de los potenciales recién nacidos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que la donación es voluntaria, altruista y gratuita por lo que la/s/os receptora/as/es no tendrá/n obligación económica hacia la/las/los donante/s.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el Programa de Embriodonación de Cegyr garantiza la recepción de un (1) blastocisto en condiciones de ser transferido. Así mismo, entiendo/entendemos que podemos recibir hasta un máximo de dos (2) embriones por intento proveniente de la/las/los misma/as/os donante/s según criterio médico.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que embriones de una misma cohorte pueden ser utilizados por más de una/s/os receptora/as/es.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que en caso de realizar tratamientos posteriores al presente, los embriones pueden provenir de una persona/pareja donante distinta a la actual.

He/Hemos sido informada/as/os 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 consiento/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.

He/Hemos sido informada/as/os que puedo/podemos obtener, en cualquier momento, copia de mi/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.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el vínculo jurídico filial con la/s persona/s nacida/s de esta técnica queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento informado en el marco de un proyecto parental individual o conjunto, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que no es admisible la impugnación de la filiación de los hijos nacidos a partir de la realización del tratamiento que aquí se consiente en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que no es admisible el reconocimiento por parte de la/las/los donante/s ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo jurídico alguno respecto del niño nacido, en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que la/s persona/s nacida/s de esta técnica no posee/n ningún vínculo jurídico respecto a la/las/los donante/s, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales conforme lo dispuesto en el artículo 575 del Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos la importancia de hacerle saber a mi/nuestro hijo/a que ha nacido de técnica de reproducción humana asistida con embriones donados, por encontrarse comprometido su derecho a la identidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 563 y 564 del citado Código Civil y Comercial de la Nación.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que a los fines de proceder a la inscripción de la/s persona/s nacida/s mediante el empleo de esta técnica de reproducción humana asistida, ante el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas correspondiente, se deberá acompañar el presente consentimiento informado, el cual previamente deberá ser protocolizado ante Escribano Público Nacional o bien certificado ante la autoridad sanitaria correspondiente a la jurisdicción, conforme lo dispuesto por el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación. Quedando a mi/nuestro cargo el diligenciamiento y las erogaciones de su protocolización o certificación ante la autoridad sanitaria como efecto derivado de la determinación de la filiación de los niños nacidos por el uso de este tipo de procedimientos médicos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el presente consentimiento es válido sólo para la recepción de estos embriones y para su consecuente e inmediata transferencia. En caso de existir embriones sobrantes, los mismos se mantendrán criopreservados y seré/seremos responsable/s jurídicamente y del mantenimiento económico de los mismos. Un consentimiento similar al presente debe renovarse ante cada nueva recepción de embriones donados, conforme lo dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación, siendo este nuevo consentimiento el

correspondiente para la inscripción del nacimiento ante el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, previa protocolización o certificación de conformidad con lo dispuesto en el art. 561 del Código Civil y Comercial.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que puedo/podemos revocar el presente consentimiento de manera conjunta o individual hasta antes de efectuada la transferencia embrionaria, 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 Medicamentada 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 transferencia embrionaria. Comprendo/comprendemos que de existir embriones al momento de la revocación seré/seremos responsable/s jurídicamente y del mantenimiento económico de los mismos.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que la cantidad de embriones a ser transferidos (uno -1- o dos -2-) es una decisión y responsabilidad del equipo profesional/centro interviniente según sea adecuado para el logro del embarazo, a fin de disminuir los riesgos ocasionados por los embarazos múltiples y resguardar la salud de quien gesta.

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

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

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que los embriones detenidos, no aptos para la transferencia, podrían ser estudiados para evaluar algunos mecanismos celulares y/o moleculares que permitan entender potenciales problemas.

He/Hemos sido informada/as/os y comprendo/comprendemos que el programa de embriodonación de Cegyr ofrece asesoramiento psicológico. No hacer uso del mismo queda bajo mi/nuestra entera responsabilidad.

### CONSENTIMIENTO

Con la firma del presente instrumento **exteriorizo/exteriorizamos mi/nuestra voluntad**, plenamente consciente/s y libre/s, de realizar el tratamiento de DESCONGELACION y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA PROVENIENTES DE .....<sup>1</sup> LA CUAL SE REALIZARÁ A.....<sup>2</sup> en el marco de un proyecto parental individual o conjunto con.....<sup>3</sup> y **AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a los profesionales médicos de la Institución a aplicarme/nos 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 tratamiento anterior o embriodonación según corresponda

<sup>2</sup> Consignar nombre y apellido

<sup>3</sup> Consignar nombre y apellido o cruzar el renglón

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