

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD CON GAMETOS DE LA PROPIA PAREJA \*

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos.

**Nombre y Apellido Paciente** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido Pareja** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL:

#### 1) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE LA TÉCNICA DE BAJA COMPLEJIDAD DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA

##### Definiciones

- Inseminación Artificial: metodología de fertilización asistida que consiste en depositar los espermatozoides en el tracto genital femenino, previamente procesados por técnicas de laboratorio, con el objetivo de lograr un embarazo.

- Inseminación Homóloga: técnica realizada con espermatozoides de la pareja.

- Gametos: entiéndase por gameto/s la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y óvulo/ovocitos respectivamente, responsables de la reproducción.

##### **Objetivo del Tratamiento**

Aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en personas con infertilidad.

##### **Particularidades de la Técnica**

Es una técnica de baja complejidad, no invasiva y ambulatoria. Puede realizarse con ciclo natural o estimulado mediante el uso de fármacos orales o inyectables.

##### **Etapas del Procedimiento**

Las etapas de este procedimiento, son las que siguen: a) indicación en ciclo natural o estimulación de ovulación con fármacos orales o inyectables, b) monitorización con ecografía y/ o estradiol plasmático, c) procesamiento de semen y por último d) inseminación intrauterina propiamente dicha.

##### **Riesgos Generales**

Los riesgos de esta técnica de baja complejidad, pueden relacionarse a:

- Riesgos de la estimulación ovárica: dolor abdominal, cefalea, edema, torsión de ovario.

- Por respuesta excesiva a la estimulación: Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHEO).

Ocurre entre el 2 al 5 % en su variedad severa, presentando dolor y/o distensión abdominal, aumento del tamaño ovárico, náuseas, vómitos, edemas, ascitis, pudiendo requerir hospitalización.

- Por respuesta insuficiente a la estimulación: riesgo de cancelación del tratamiento. La respuesta folicular puede variar en los ciclos y no es la misma en todos los pacientes; en algunos casos, la respuesta de la estimulación, luego de la aplicación de inyecciones, puede resultar nula o muy baja,

o excesivamente alta. Por consiguiente, el ciclo puede suspenderse antes de realizar el procedimiento.

- Otros riesgos: en casos excepcionales infección.

- Riesgos vinculados al embarazo: embarazo múltiple (20%), embarazo ectópico 4% (implantación fuera del útero). El riesgo de anomalías congénitas, enfermedades genéticas y complicaciones durante el embarazo y/o el parto son similares a la población general, en caso de no existir antecedentes de enfermedades genéticas propias o familiares conocidas, consanguinidad y/o endogamia.

- Riesgos personales/personalizados: Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser:.....

### **Resultados / Estadísticas de Efectividad**

Si bien el resultado para cada caso en particular depende de los factores individuales de los pacientes, la probabilidad de obtener un embarazo clínico puede ser entre el 10 y 20%

**(\*) basado en [http://www.samer.org.ar/consentimientos\\_catrha.asp](http://www.samer.org.ar/consentimientos_catrha.asp)**

### **AL DAR MI CONSENTIMIENTO:**

1. Entiendo comprendo la información brindada precedentemente en relación al procedimiento al que me someto en el marco de un proyecto monoparental / parental conjunto con.....
2. Entiendo las explicaciones que se me ha facilitado en lenguaje adecuado y claro y fui informada/o 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.
3. Se me ha informado debidamente y he comprendido que los espermatozoides serán inseminados en.....quién llevara adelante la gestación en el marco de un proyecto monoparental / parental conjunto con.....
4. Se me informó debidamente y entiendo los alcances de la regulación vigente respecto de la determinación de la filiación; que el vínculo jurídico filial con la persona nacida de esta técnica queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento informado y el consentimiento informado firmado por.....en el marco de un proyecto parental conjunto, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación. Se me ha informado debidamente y he comprendido 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.
5. Se me ha informado debidamente y he comprendido que a los fines de proceder a la inscripción de la 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 deberá

ser previamente 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.

6. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
7. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI ---- NO

. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál:

Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.

. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).

. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

SI NO

MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno. (Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO

Firma y aclaración del/la paciente y/o del representante legal

Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora:  
\_\_\_\_:\_\_\_\_hs.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).