



## FECUNDACIÓN IN VITRO O MICROINYECCIÓN ESPERMÁTICA (FIV/ICSI), CON TRANSFERENCIA Y CONGELACIÓN EMBRIONARIA

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

Dña. \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, y  
D/Dña. \_\_\_\_\_  
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, y  
con domicilio en la Ciudad de \_\_\_\_\_,  
calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_, concurriendo como (matrimonio/pareja de hecho/mujer  
sin pareja) \_\_\_\_\_

#### DECLARO/DECLARAMOS:

- 1) Tener plena capacidad de obrar.
- 2) En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos nuestro consentimiento escrito a la utilización de técnicas de reproducción asistida:  

Con semen de la PAREJA.       Con semen de DONANTE.
- 3) Haber recibido, anteriormente a este acto, información verbal y escrita, esta última a través del "**Documento Informativo sobre Fecundación In Vitro o Microinyección Espermática (FIV/ICSI), con Transferencia Embrionaria y Congelación de Preembriones**", el cual ha sido leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información sobre las siguientes cuestiones:
  - Información y asesoramiento sobre las técnicas de reproducción asistida en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos. En caso de utilizar semen de donante, también sobre su utilización y en especial, sobre la relevancia jurídica de la firma de este consentimiento informado por el marido o varón no casado en orden a la determinación con el mismo de la filiación paterna respecto de la descendencia que se consiga, que será considerada legalmente como propia a todos los efectos.
  - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto y de la medicación empleada.
  - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
  - Los destinos de los posibles preembriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.
  - Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento y el embarazo, como para la descendencia.

- Los riesgos genéticos, ya que la utilización de gametos procedentes de donante no permite asegurar que no se produzcan mutaciones o alteraciones genéticas (surgidas de novo o hereditarias) que conlleven la transmisión de enfermedades genéticas a la descendencia.
  - La obligación de renovar o modificar periódicamente nuestro consentimiento respecto de los preembriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino (separación, fallecimiento o incapacidad sobrevenida de uno de los cónyuges, etc.).
  - Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
- 4) Que, según el equipo médico, para mi/nuestro proyecto reproductivo, es adecuado un tratamiento de reproducción asistida a través de la técnica denominada: Fecundación in Vitro con \_\_\_\_\_ y dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, he/hemos comprendido que la técnica más adecuada en nuestro caso es la que aquí consentimos.
- 5) Conocer que, en cualquier momento anterior a la transferencia embrionaria, puedo/podemos pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.
- 6) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con nuestras circunstancias personales: \_\_\_\_\_. Además, he/hemos sido informado/s de la conveniencia de consultar el prospecto de los medicamentos prescritos para conocer con más detalle los posibles riesgos asociados a su utilización, sin perjuicio de poder también solicitar las aclaraciones adicionales que estime convenientes al equipo médico.
- 7) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de \_\_\_\_\_ (uno, dos ó tres) preembriones.
- 8) Respecto a la posibilidad de generar preembriones que no vayan a ser transferidos al útero en el mismo ciclo y **en base a nuestro proyecto reproductivo de futuro**: (marque lo que proceda)
- Deseo/deseamos **que se generen TODOS los preembriones posibles** como consecuencia de la inseminación o microinyección de todos los ovocitos obtenidos, asumiendo la obligación de congelar los preembriones viables no transferidos, y consentimos la misma.
  - Deseo/deseamos **que se genere un NÚMERO LIMITADO de preembriones**, consecuencia de la inseminación o microinyección de..... (número) ovocitos, asumiendo la obligación de congelar los preembriones viables no transferidos. El resto de ovocitos serán:
    - Vitrificados       Desechados
  - Deseo/deseamos **que NO se genere NINGÚN PREEMBRIÓN** que no vaya a ser transferido, por lo que autorizo/autorizamos la inseminación o microinyección de un máximo de..... (número) ovocitos. El resto de ovocitos serán:
    - Vitrificados       Desechados
- 9) Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles ovocitos y/o preembriones congelados sobrantes sería (marcar lo que proceda):
- Uso propio, es decir utilización por la propia pareja, mujer o, en su caso, su cónyuge femenino.
  - Donación con fines reproductivos (*si la mujer es ≤ 35 años*).
  - Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).

- Cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación (cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida).

**Me comprometo/nos comprometemos a acudir a la clínica para formalizar la renovación o cambio de destino del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o preembriones) y asumir en todo caso el coste económico del material criopreservado durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.**

10) He/Hemos comprendido toda la información que considero/consideramos adecuada y suficiente, por parte del Dr./Dra. \_\_\_\_\_.

11) De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:

- No padecer enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles con riesgo grave para la posible descendencia.
- No haber omitido o falseado ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.
- Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de circunstancias personales (defunción, separación, divorcio,...).
- Obligarme/Obligarnos a comunicar los cambios de domicilio en caso de existir preembriones congelados.

Y una vez debidamente informada/os,

**AUTORIZO/AUTORIZAMOS:**

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de Fecundación in Vitro (FIV) / Microinyección Espermática (ICSI), transferencia de preembriones y congelación embrionaria si procede.

*El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.*

*Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, sus datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro \_\_\_\_\_, pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.*

**NOTA:** La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus preembriones podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas –armas-, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, cierre de la Clínica, etc.).

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Fdo. ....

Fdo. ....

D.N.I. ....

D.N.I. ....

Fdo. ....D.N.I. ....

(El Director del CENTRO o delegado)

ANEXO para el esposo/pareja o para el varón no casado:

D \_\_\_\_\_, mayor de edad, provisto de DNI nº \_\_\_\_\_ en este acto presto mi consentimiento a que en el caso de que falleciera con anterioridad a que mi material reproductor se halle en el útero de Dña \_\_\_\_\_, pueda ésta, en los 12 meses siguientes a mi fallecimiento, proceder a fecundarse con el mismo, y que se determine la filiación del hijo nacido conmigo.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. D/Dª \_\_\_\_\_

Firma del Médico

ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los ovocitos y/o preembriones criopreservados

Dña \_\_\_\_\_, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la calle/plaza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

D. \_\_\_\_\_, mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la calle/plaza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

en este acto solicitamos la modificación del destino de nuestros preembriones sobrantes / criopreservados y consentimos en que el nuevo destino sea:

- Utilización por la propia mujer.
- Donación con fines reproductivos (*si la mujer es ≤ 35 años*).
- Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).
- Cese de su conservación sin otra utilización una vez finalizado el plazo máximo de conservación (*cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida*).

**Me comprometo/nos comprometemos a acudir a la clínica para formalizar la renovación o cambio de destino del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o preembriones), y a asumir en todo caso el coste económico de la criopreservación durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. Dña \_\_\_\_\_ Fdo. D \_\_\_\_\_

Firma del Médico:

ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

D/Dña \_\_\_\_\_, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte nº \_\_\_\_\_ y domicilio en la calle/plaza \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en este acto solicito la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la que me estoy sometiendo.

Fdo. D/Dña \_\_\_\_\_

Firma del Médico:

Firma de los interesados