



RECEPCION DE PREEMBRIONES DONADOS CON FINES REPRODUCTIVOS

CONTRATO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D^a. _____ mayor de edad, con DNI./pasaporte nº _____, estado civil _____, y D. _____ 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 sola) _____ (en adelante LA PARTE RECEPTORA).

Y el Dr _____ Médico Ginecólogo, colegiado nº _____, y DNI nº _____, en representación del _____ (en adelante, EL CENTRO).

Ambas partes se reconocen mutua capacidad legal para contratar y a tal efecto,

EXPONEN:

- 1) La información relativa a la técnica de reproducción asistida que se le va a realizar ha sido explicada ampliamente a LA PARTE RECEPTORA, así como el hecho de que dicha técnica implica contribución de preembriones previamente donados al centro por otra mujer, y está científica y clínicamente indicada.
- 2) Que anteriormente a este acto, La PARTE RECEPTORA ha suscrito el **“Documento Informativo sobre Recepción de Preembriones”**, que he leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - Información y asesoramiento sobre la descongelación y utilización de los preembriones previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - La obligación de renovar o modificar periódicamente mi 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.
 - 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.
 - Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
- 3) La indicación médica del tratamiento viene determinada en mi/nuestro caso por _____; y dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, he/hemos comprendido que la técnica más adecuada es la que aquí consiento/consentimos.
- 4) El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis/nuestras circunstancias personales: _____.
- 5) Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de _____ (uno, dos ó tres) preembriones.
- 6) Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles 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 de los preembriones criopreservados, y a asumir en todo caso el coste económico de la criopreservación durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.

- 7) Sin perjuicio de lo manifestado, mediante el presente documento se formaliza la donación de los citados preembriones por parte del Centro a la PARTE RECEPTORA, a la que se recuerda también el carácter gratuito, secreto y anónimo de la donación de preembriones y su naturaleza de acto voluntario, altruista y desinteresado.
- 8) Asimismo, conforme previene la Ley 14/2006, se le informa expresamente acerca de la limitación del estudio de la pareja originaria de los preembriones, además de hacerle constar que a la misma se le realizaron los estudios previstos en la citada norma.
- 9) Por último, se le/les informa de que los datos de identidad de los donantes son custodiados en el más estricto secreto y en clave en el banco de datos del Centro y, según prevé la ley, han de serlo también en el Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana. Este Registro nacional consiste en un registro único formado por las bases de datos de cada centro o servicio autorizado por la Comunidad Autónoma respectiva, mediante su agregación en una Base Central administrada por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En dicho Registro deben ser recogidos, tratados y custodiados en la más estricta confidencialidad, y de acuerdo con la normativa y de protección de datos vigente, los datos de los donantes y receptoras.

ACEPTACIÓN DE LA DONACIÓN:

La PARTE RECEPTORA acepta del Centro la donación de preembriones referida, y autoriza el empleo de los mismos en la técnica de reproducción asistida que ha admitido previamente.

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, mis 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 y cancelación. 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.....20.....

Fdo.

(El Director del CENTRO o delegado)

D.N.I.

Fdo.

(LA PARTE RECEPTORA)

D.N.I.....

ANEXO para la pareja:

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. _____

Firma:

ANEXO para la VARIACIÓN del destino de los 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 no superaba los 35 años cuando la congelación*).
- 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*).

El coste económico del mantenimiento de los preembriones criopreservados deberá ser asumido por los pacientes, sea cual sea la decisión sobre el destino de los mismos y durante el tiempo que estos estén depositados 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: