



REDUCCION EMBRIONARIA CONSENTIMIENTO INFORMADO



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

D^a. _____
mayor de edad, con DNI. nº _____, estado civil _____, y
D. _____
mayor de edad, con DNI. _____, estado civil _____, y con domicilio en
la ciudad de _____, calle _____
nº _____ C.P. _____ País _____, concurriendo como
(matrimonio/pareja de hecho/mujer sin pareja) _____

I. ¿En qué consiste?

Esta técnica consiste en la punción selectiva de uno o varios sacos gestacionales, cuyo objetivo es reducir el número de ellos con el fin de incrementar las posibilidades de que la gestación llegue a término y, en consecuencia, favorecer la viabilidad fetal.

Se realiza de forma ambulatoria, mediante la introducción de una aguja por vía vaginal o abdominal guiada por ecografía, a través de la cual se inyecta cloruro de potasio directamente dentro de los sacos gestacionales.

El número de embriones suele ser reducido a dos, aunque en circunstancias especiales puede ser reducido a uno, y es recomendable realizarla entre la 7^a y 12^a semana de gestación.

II. Riesgos:

Los riesgos inherentes de esta técnica son:

- Aborto, que oscila entre el 5 y el 20 %.
- Infección ovular en el 1,35 % aproximadamente.
- Partos pretérmino en el 75% de los embarazos con embriorreducción.
- Raramente se dan complicaciones maternas.
- Consecuencias psicológicas que pueden aconsejar el apoyo psicoemocional de la pareja.

III. Riesgos Personalizados:

IV. Información económica (si procede)

Los precios que rigen en este centro se detallan en presupuesto adjunto, significándose la imposibilidad de concretar previamente de forma exacta el coste total, debido a que los tratamientos varían en cada paciente.

V. Aspectos legales

Los aspectos legales que afectan a la reproducción humana asistida se regulan en la Ley 14/2006, de 26 de Mayo. El reconocimiento de la práctica de la reducción embrionaria dentro de la reproducción asistida, fue recogido por la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, sustituida en la actualidad por la mencionada Ley 14/2006 y además hay que tener en cuenta la normativa sobre interrupción voluntaria del embarazo, actualmente constituida por la Ley Orgánica 2/2010.

DECLARO/DECLARAMOS:

1. Que en mi/nuestro caso se ha producido una gestación múltiple, habiéndose comprobado en la ecografía la existencia de _____ embriones vivos.

2. Que no deseo/deseamos continuar con una gestación múltiple, dado los riesgos que ello conlleva (aumento de la incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, morbilidad y mortalidad materno-fetal y neonatal) y es por ello que he/hemos decidido realizar una reducción embrionaria y que de esa manera la gestación sea de _____ embriones.
3. He/Hemos comprendido las explicaciones que se me/nos han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me/nos ha atendido, ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas planteadas, hasta donde permite el estado actual del conocimiento. Conozco/Conocemos la disposición del personal sanitario de este centro para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
4. La información me/nos ha sido facilitada con antelación suficiente para que pueda/podamos reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente.
5. También comprendo/comprendemos que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo/podemos revocar el consentimiento que ahora presto/prestamos. Por ello, manifiesto/manifestamos estar satisfecho/satisfechos con la información recibida y que comprendo/comprendemos el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y una vez debidamente informada/os,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS,

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para ser sometidos a un procedimiento de reducción embrionaria.

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.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Fdo. El/La Médico/a(Col.nº _____)) Firma Paciente Firma Pareja
 DNI:..... DNI:.....

ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

<p>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.</p> <p>Fdo. D/Dña _____</p> <p>Firma del Médico:</p>
