

CÓMO RELLENAR LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS FIV


TODAS las páginas de los consentimientos tienen que estar firmadas por **ambos miembros** de la pareja (sólo por la interesada en el caso de FIV de mujer con deseo genésico monoparental).

En la primera página rellenar con los datos de la interesada y de su pareja:

Página

2:

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



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA
UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
(Nº Registro de Centros: 9029). Versión 15.1 Enero 2016
Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

**FECUNDACIÓN IN VITRO O MICROINYECCIÓN ESPERMÁTICA (FIV/ICSI),
CON TRANSFERENCIA Y CONGELACIÓN EMBRIONARIA
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO**

Dña. _____
 mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº _____, estado civil _____, y
 D/Dona. _____
 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:

- Tener plena capacidad de obrar.
- 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.
- Haber recibido, anteriormente a este acto, información verbal y escrita, esta última a través del **Documento Informativo sobre la 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 referente 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 del mismo de filiación, paternidad y responsabilidad 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 paciente para someterse a 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 que la utilización de gametos procedentes de donante no permite asegurar que no se produzcan mutaciones o alteraciones genéticas (surgidas

1

Firma de los interesados _____

AX04-02

Rellenar
con todos
los datos

Todas las hojas (por
delante y por atrás)
tienen que ir firmadas
a pie de página por
paciente y pareja)

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

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.).

- 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/los 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), durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.

Firma de los interesados

PUNTO 7: este apartado es para autorizar la transferencia de un determinado número de embriones en el mismo acto. Recomendamos poner un máximo de 2 embriones para minimizar el riesgo de embarazo múltiple.

PUNTO 8: A partir de los ovocitos recuperados con la punción ovárica podemos generar embriones tras la fecundación de estos con el espermatozoides. Este apartado sirve para elegir si generar todos los embriones posibles, o sólo un número limitado. Esta última situación se contempla porque puede haber casos en los que hay objeciones, éticas o de otra naturaleza, en contra de la crio-preservación a largo plazo de embriones. La razón más frecuente es el caso de que los progenitores no vayan a necesitarlos, por haber satisfecho sus deseos reproductivos o por otros motivos. Generando todos los embriones posibles (primera casilla) podremos crio-preservar embriones, y por lo tanto, podremos tener en el futuro más opciones de transferencia y así, de posibles embarazos.

PUNTO 9: Este apartado se refiere al destino de los embriones/ovocitos que tenemos crio-preservados en el momento en el que la pareja ya no desea más descendencia. Si Vd tiene menos de 35 años, puede marcar la opción donación si lo desea. Si tiene más de 35 años, solo podrá elegir entre las demás opciones. De todas formas, a la hora de proceder a la variación de destino de embriones u ovocitos, se volvería a preguntar de nuevo.

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

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,

Firma

Firma

AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de la 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.

De acuerdo con lo previsto en el art. 13 del Reglamento 2016/679 europeo de protección de datos (RGPD), y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que puede ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y olvido, dirigiéndose por escrito al centro, bien acudiendo presencialmente, bien por correo postal o electrónico.

Además, se le comunica que le asiste el derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, si fuera el caso. Puede obtener más información sobre sus derechos de protección de datos en el sitio web <https://www.aepd.es/reglamento/derechos/index.html>.

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

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo.
D.N.I.

Fdo.
D.N.I.

Fdo. D.N.I.

(El Director del CENTRO o delegado)

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

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

D. _____, mayor de edad, provisto de DNI n° _____ 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

Ver explicación
abajo en el texto

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

Dña _____, mayor de edad, provista de DNI/pasaporte n° _____ y domicilio en la calle/plaza _____ de _____.

D. _____, mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte n° _____ 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 ≤ 3 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), durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. Dña _____ Fdo. D. _____

Firma del Médico:

NO BLENAR

Firma de los interesados

4

AX04-02

EXPLICACIÓN APARTADO en marcado en la foto anterior:

En el caso del fallecimiento de la pareja y en presencia de embriones ya crio-preservados,

la ley permite a la interesada utilizarlos para obtener un embarazo en el plazo de 12 meses desde el fallecimiento, SIEMPRE Y CUANDO la pareja haya rellenado y firmado este apartado.

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

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:

NO RELLENAR

No rellenar arriba pero HAY QUE
FIRMAR A PIE DE PÁGINA
(paciente y pareja, si hay)



Firma de los interesados



GENERALITAT VALÈNCIANA
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

ESPECIALIDAD DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

ANESTESIA EN ADULTOS (3 de 3)

4. DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y P.O. BOX)			CP	
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportuna
- Si me ha informado de que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento

Por lo tanto: Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

de _____ de _____
 Paciente / su representante: _____ Profesional sanitario/a: _____
 Firma: _____ Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

de _____ de _____
 Paciente / su representante: _____ Profesional sanitario/a: _____
 Firma: _____ Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

de _____ de _____
 Paciente / su representante: _____ Profesional sanitario/a: _____
 Firma: _____ Firma: _____

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta

Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo al Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en los que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Parte de
anestesia:
rellena y firma
solo la paciente