



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es la extracción y posterior criopreservación (congelación y conservación) de tejido ovárico, para evitar su exposición a agentes o situaciones que afecten a su funcionalidad. Es una técnica que permite posibilidades terapéuticas endocrinas y reproductoras.
2. **¿Cómo se realiza?:** La paciente será sometida a un procedimiento quirúrgico mediante laparotomía o laparoscopia, con el fin de extraer una parte o la totalidad de su tejido ovárico. El tejido extraído será diseccionado y la parte que contiene los folículos cortada en finas láminas que serán congeladas.

Una vez que la paciente ha finalizado su tratamiento y está en condiciones de recibir el tejido ovárico, éste será descongelado y reimplantado en su organismo.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:
 - a) Los propios de la técnica quirúrgica aplicada para la obtención del tejido ovárico.
 - b) **Diseminación de células cancerosas:** Cuando la paciente sufra de un proceso oncológico, a partir del tejido ovárico extraído y reimplantado, se liberarían células cancerosas que podrían provocar nuevos tumores en otros órganos o regiones.
 - c) **Otros riesgos:** infección peritoneal, infección ovárica, hemorragia por punción accidental de vasos sanguíneos, punción de un asa intestinal, torsión ovárica, cancelación de la estimulación ovárica, no obtención de tejido ovárico de calidad en el procedimiento.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** En el caso de lograrse el éxito en la técnica, tras el reimplante del tejido extraído, existirían diferentes posibilidades terapéuticas endocrinas y de fertilidad. La experiencia es muy escasa, lo que obliga a considerarla un procedimiento experimental.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Imposibilidad de llevar a cabo con éxito en su caso esta técnica reproductiva.
6. **Alternativas:** Recepción de ovocitos de donante.
7. **Riesgos en función de la situación de la paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
EXTRACCIÓN Y CONGELACIÓN DE
TEJIDO OVÁRICO**

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				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 oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar 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: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO: NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____