



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica destinada a extraer y criopreservar (congelar y conservar) gametos femeninos (ovocitos) del ovario, con fines reproductivos.
2. **¿Cómo se realiza?:** Para la obtención de ovocitos se estimulan los ovarios mediante el uso de fármacos, cuya acción es similar a la de ciertas hormonas femeninas. La finalidad de este tratamiento es obtener el desarrollo de varios folículos, en cuyo interior se encuentran los ovocitos. El proceso de estimulación ovárica, se controla, habitualmente, mediante análisis en sangre de los niveles de ciertas hormonas ováricas y/o con ecografías vaginales que informan del número y tamaño de los folículos en desarrollo.

Los ovocitos se extraen mediante punción de los ovarios y aspiración de los folículos, bajo visión ecográfica y por vía vaginal. Esta intervención es realizada en régimen ambulatorio y requiere anestesia y observación posterior. Los ovocitos obtenidos se preparan y clasifican en el laboratorio. El número de ovocitos que se extraen en la punción y su calidad depende de la respuesta de cada mujer.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:
 - a) **Síndrome de hiperestimulación ovárica:** En ocasiones, la respuesta ovárica al tratamiento es excesiva, se desarrollan un gran número de folículos y aumenta el tamaño ovárico. En casos críticos se puede asociar a insuficiencia respiratoria o alteraciones de la coagulación.
 - b) **Riesgos genéticos.** No puede descartarse completamente la presencia de enfermedades genéticas en la descendencia. Los estudios genéticos permiten solamente disminuir la frecuencia de su aparición en algunos casos.
 - c) **Riesgos psicológicos:** Pueden aparecer trastornos psicológicos, como síntomas de ansiedad y síntomas depresivos.
 - d) **Otros riesgos:** Intolerancia a la medicación, infección peritoneal, hemorragia por punción accidental de vasos sanguíneos, punción de un asa intestinal, torsión ovárica, cancelación de la estimulación ovárica, no obtención de ovocitos en la punción.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Embarazo. La posibilidad de embarazo derivada de la utilización de la técnica depende fundamentalmente de la calidad de los ovocitos extraídos. Tasa de embarazo del 21,1% por desvitrificación de ovocitos realizada y un 33,7% por transferencia; las tasas de supervivencia ovocitaria, tras la descongelación, son del 77,6% y las tasas de fecundación del 63,6% (según datos Registro SEF 2018).
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Imposibilidad de llevar a cabo con éxito, en su caso esta técnica de modalidad reproductiva.
6. **Alternativas:** Volver a iniciar el tratamiento; aplicar modificaciones a la técnica utilizada; intentar la congelación de tejido ovárico; recepción de ovocitos ajenos donado; desistir de los tratamientos de reproducción asistida.
7. **Riesgos en función de la situación de la paciente:** La edad avanzada, el consumo de tabaco y las alteraciones importantes del peso corporal aumentan el riesgo de complicaciones durante el tratamiento.

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 CRIOPRESERVACIÓN DE
OVOCITOS PROPIOS**

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	NÚM. 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: _____