



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La Fecundación in Vitro es un procedimiento médico y biológico destinado a facilitar la unión de ovocitos y espermatozoides en un laboratorio, obteniendo preembriones que podrán ser introducidos en el útero para lograr la gestación y/o criopreservados.
2. **¿Cómo se realiza?:** La Fecundación in Vitro puede realizarse mediante dos procedimientos diferentes: Fecundación in Vitro convencional (FIV), en la que el óvulo y espermatozoide se unen de forma espontánea; y la Microinyección Espermática (ICSI), en la que la fecundación se realiza inyectando un espermatozoide en cada óvulo. La FIV y la ICSI comienzan con la estimulación de los ovarios mediante fármacos y posteriormente se procederá de manera individualizada según su caso, a la transferencia y/o criopreservación de los preembriones.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:
  - a) **Embarazo múltiple:** El riesgo de embarazo múltiple está relacionado con la edad de la mujer, el número de preembriones transferidos al útero y la calidad de los mismos. La tasa de gestación, con 2 sacos gestacionales, es del 14,2% (datos Registro Nacional de Actividad de la Sociedad Española de Fertilidad 2018).
  - b) **Síndrome de hiperestimulación ovárica:** En ocasiones, la respuesta ovárica al tratamiento es excesiva, se desarrolla un gran número de folículos, aumenta el tamaño ovárico. En casos críticos se puede asociar a insuficiencia respiratoria o alteraciones de la coagulación.
  - c) **Embarazo ectópico:** Consiste en la implantación del embrión fuera del útero, habitualmente en las trompas. Se produce en un 1,7% de los casos.
  - d) **Aborto:** La tasa de abortos es ligeramente superior a la que corresponde a la población general. La tasa de aborto es del 22,3% (datos Registro SEF 2018).
  - e) **Defectos congénitos y alteraciones cromosómicas de los hijos:** El procedimiento FIV/ICSI puede incrementar, ligeramente, la aparición de anomalías congénitas y cromosómicas.
  - f) **Riesgos genéticos:** No pueden descartarse, completamente, enfermedades genéticas en la descendencia.
  - g) **Otros riesgos:** Reacciones adversas a la medicación, infección peritoneal, hemorragia ovárica por punción accidental, torsión ovárica, dolor o impotencia funcional.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** El Registro 2018 de la SEF refiere una tasa de embarazo del 19% por ciclo iniciado, 21% por punción y 35,6% por transferencia.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Imposibilidad de llevar a cabo con éxito en su caso esta técnica reproductiva.
6. **Alternativas:** Volver a iniciar el tratamiento; profundizar en estudios complementarios; modificar la técnica utilizada; realizar un diagnóstico genético preimplantacional (DGP); realizar otros tratamientos con gametos donados (ovocitos y/o espermatozoides); utilizar preembriones donados; 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, embarazo y para la descendencia.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son .....

**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: