



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica que consiste en la administración de fármacos que favorecen el desarrollo folicular y la liberación de ovocitos por el ovario. La finalidad de este tratamiento es obtener el desarrollo de uno o más folículos, en cuyo interior se encuentran los ovocitos.
2. **¿Cómo se realiza?:** Mediante un tratamiento hormonal que se suministra en inyectables, bien intramusculares, bien en forma subcutánea. El proceso de estimulación ovárica se controla habitualmente mediante ecografías vaginales que informan del número y tamaño de los folículos en desarrollo. Una vez obtenido el desarrollo adecuado, se administran otros medicamentos para lograr la maduración final de los ovocitos y programar el momento más adecuado para orientar las relaciones sexuales.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:
  - a) **Embarazo múltiple.** Supone riesgos físicos para la madre y los fetos, en especial cuando la gestación es de más de dos fetos.
  - b) **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.
  - c) **Embarazo ectópico.** Consiste en la implantación del embrión fuera del útero, habitualmente en las trompas. Se produce en un 3% de los casos.
  - d) **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.
  - e) **Riesgos psicológicos:** pueden aparecer trastornos psicológicos, como síntomas de ansiedad y síntomas depresivos.
  - f) **Otros riesgos:** Torsión ovárica.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** El embarazo, y la posibilidad de éxito está en función de factores como la edad de la mujer y de las causas concurrentes que han determinado la indicación del tratamiento.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Imposibilidad de llevar a cabo con éxito en su caso esta modalidad reproductiva.
6. **Alternativas:** Volver a iniciar el tratamiento; aplicar modificaciones a la técnica utilizada; profundizar en estudios complementarios; indicar otros tratamientos de reproducción asistida como alternativas (Fecundación in Vitro o Inseminación artificial).
7. **Riesgos en función de la situación de la paciente:** La edad materna avanzada incrementa el riesgo de complicaciones, tanto en el embarazo, como en la descendencia.

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  
INDUCCIÓN DE OVULACIÓN**

**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: