



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica que consiste en la introducción del semen de pareja, previamente tratado en el laboratorio, en el cérvix o dentro de la cavidad uterina de la mujer, durante el periodo próximo a la ovulación.
2. **¿Cómo se realiza?:** La inseminación artificial se puede llevar a cabo durante el ciclo natural, o después de un proceso de estimulación ovárica. La estimulación de los ovarios se realiza mediante el uso de fármacos. El día indicado para la inseminación, la pareja dejará una muestra seminal que se procesará con el fin de seleccionar los espermatozoides de mejor calidad.

Posteriormente, se realizará la introducción de los espermatozoides en el interior del útero mediante un catéter fino y flexible; este procedimiento es indoloro y no requiere anestesia, ni hospitalización. Una vez realizada la inseminación, se podrá aconsejar algún tratamiento hormonal, con la finalidad de favorecer la posible gestación.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:
 - a) **Embarazo múltiple:** Es una complicación que supone riesgos físicos para la madre y los fetos, en especial cuando la gestación es de más de dos fetos. La tasa de gestación múltiple por cada gestación es del 11,6% (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 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 1,8% de los casos, (según datos Registro SEF 2018). Excepcionalmente puede coexistir con un embarazo situado en el útero.
 - 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:** Infección del aparato genital de la mujer, torsión ovárica.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Embarazo, que depende en gran medida de la edad de la mujer y de la existencia de causas adicionales de esterilidad. La tasa de embarazos por ciclo es de 13,1% (datos Registro SEF 2018).
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 o desistir de los tratamientos de reproducción asistida.
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
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE PAREJA**

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: