



### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es el procedimiento para la recepción de preembriones criopreservados (congelados y conservados) procedentes de una donación. Estos preembriones son transferidos al útero de la mujer receptora con el fin de lograr la gestación.
2. **¿Cómo se realiza?:** La mujer receptora recibe un tratamiento hormonal que prepara el útero para la transferencia embrionaria, consistente en el depósito de preembriones en la cavidad uterina a través de la vagina. Es un procedimiento ambulatorio que no precisa anestesia ni ingreso. El número de preembriones transferidos al útero no puede ser superior a tres en un ciclo.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:
  - a) **Embarazo múltiple:** En la recepción de preembriones donados, el riesgo de embarazo múltiple está relacionado con el número de preembriones transferidos al útero y la calidad de los mismos con el aumento de los riesgos médicos para la madre y los niños.
  - b) **Embarazo ectópico:** Consiste en la implantación del embrión fuera del útero, habitualmente en las trompas. Se produce en un 3% de los casos.
  - c) **Aborto:** La tasa de abortos es ligeramente superior a la que corresponde a la población general.
  - d) **Imposibilidad de transferencia:** Por no supervivencia embrionaria tras la descongelación, imposibilidad física de la transferencia por alteraciones anatómicas del útero, desarrollo endometrial insuficiente o inadecuado.
  - e) **Estados hipertensivos** de la gestación, preeclampsia y eclampsia.
  - f) **Riesgos psicológicos:** Pueden aparecer trastornos psicológicos, como síntomas de ansiedad y síntomas depresivos.
  - e) **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.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Embarazo. La posibilidad de embarazo derivado de la recepción de preembriones donados depende fundamentalmente de la calidad de los preembriones transferidos. Las tasas de embarazo son del 43,1% por ciclo iniciado y 44 % por transferencia (datos Registro Nacional de Actividad de la Sociedad Española de Fertilidad 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, 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 .....



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA  
RECEPCIÓN DE PREEMBRIONES DONADOS  
CON FINES REPRODUCTIVOS**

**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: