



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

**1. Què és?:** És l'extracció i posterior criopreservació (congelació i conservació) de teixit ovàric, per a evitar la seua exposició a agents o situacions que afecten la seua funcionalitat. És una tècnica que permet possibilitats terapèutiques endocrines i reproductores.

**2. Com es realitza?:** La pacient serà sotmesa a un procediment quirúrgic mitjançant laparotomia o laparoscòpia amb la finalitat d'extraure una part o la totalitat del seu teixit ovàric. El teixit extret serà disseccionat i la part que conté els fol·licles, tallada en fines làmines que seran congelades.

Una vegada que la pacient ha finalitzat el seu tractament i està en condicions de rebre el teixit ovàric, aquest serà descongelat i reimplantat en el seu organisme.

**3. Quins són els seus riscos?:** Els principals riscos d'aquest procediment terapèutic són:

- a) Els propis de la tècnica quirúrgica aplicada per a l'obtenció del teixit ovàric.
- b) **Disseminació de cèl·lules canceroses:** Quan la pacient patisca d'un procés oncològic, a partir del teixit ovàric extret i reimplantat, s'alliberarien cèl·lules canceroses que podrien provocar nous tumors en altres òrgans o regions.
- c) **Altres riscos:** infecció peritoneal, infecció ovàrica, hemorràgia per punció accidental de vasos sanguinis, punció d'una ansa intestinal, torsió ovàrica, cancel·lació de l'estimulació ovàrica, no-obtenció de teixit ovàric de qualitat en el procediment.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** En el cas d'aconseguir l'èxit en la tècnica, després del reimplant del teixit extret, existrien diferents possibilitats terapèutiques endocrines i de fertilitat. L'experiència és molt escassa, la qual cosa obliga a considerar-la un procediment experimental.

**5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** Impossibilitat de dur a terme amb èxit en el seu cas aquesta tècnica reproductiva.

**6. Alternatives:** Recepció d'ovòcits d'una donant.

**7. Riscos en funció de la seua situació:** Altres riscos o complicacions que podrien aparéixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són .....

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**DADES PACIENT**

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

**DADES REPRESENTANT LEGAL**

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

**DADES PROFESSIONAL**

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NUM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

**DECLARE que:**

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

- Autoritze la realització d'aquest procediment       No autoritze la realització d'aquest procediment

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS**

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_