



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

**1. Què és?:** És una tècnica destinada a extraure i criopreservar (congelar i conservar) gàmetes femenines (ovòcits) de l'ovari, amb finalitats reproductives.

**2. Com es realitza?:** Per a l'obtenció d'ovòcits s'estimulen els ovaris mitjançant l'ús de fàrmacs, l'acció dels quals és similar a la de certes hormones femenines. La finalitat d'aquest tractament és obtenir el desenvolupament de diversos fol·licles, en l'interior dels quals es troben els ovòcits. El procés d'estimulació ovàrica es controla, habitualment, mitjançant anàlisi en sang dels nivells de certes hormones ovàriques i/o amb ecografies vaginals que informen del número i grandària dels fol·licles en desenvolupament.

Els ovòcits s'extrauen mitjançant punció dels ovaris i aspiració dels fol·licles, sota visió ecogràfica i per via vaginal. Aquesta intervenció és realitzada en règim ambulatori i requereix anestèsia i observació posterior. Els ovòcits obtinguts es preparen i classifiquen en el laboratori. El nombre d'ovòcits que s'extrauen en la punció i la seua qualitat depén de la resposta de cada dona.

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

- a) **Síndrome d'hiperestimulació ovàrica:** A vegades, la resposta ovàrica al tractament és excessiva, es desenvolupen un gran nombre de fol·licles i augmenta la grandària ovàrica. En casos crítics, es pot associar a insuficiència respiratòria o alteracions de la coagulació.
- b) **Riscos genètics.** No pot descartar-se completament la presència de malalties genètiques en la descendència. Els estudis genètics permeten solament disminuir la freqüència de la seua aparició en alguns casos.
- c) **Riscos psicològics:** Poden aparèixer trastorns psicològics, com ara símptomes d'ansietat i símptomes depressius.
- d) **Altres riscos:** Intolerància a la medicació, infecció peritoneal, hemorràgia per punció accidental de vasos sanguinis, punció d'una ansa intestinal, torsió ovàrica, cancel·lació de l'estimulació ovàrica, no-obtenció d'ovòcits en la punció.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** Embaràs. La possibilitat d'embaràs derivada de la utilització de la tècnica depén fonamentalment de la qualitat dels ovòcits extrets. Taxa d'embaràs del 21,1% per desvitrificació d'ovòcits realitzada i un 33,7% per transferència; las taxes de supervivència ovocitària, després de la descongelació, són del 77,6% i les taxes de fecundació són del 63,6% (segons dades del Registre SEF 2018).

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

**6. Alternatives:** Tornar a iniciar el tractament; aplicar modificacions a la tècnica utilitzada; intentar la congelació de teixit ovàric; recepció d'ovòcits aliens d'una donant; desistir dels tractaments de reproducció assistida.

**7. Riscos en funció de la situació de la pacient:** L'edat avançada, el consum de tabac i les alteracions importants del pes corporal augmenten el risc de complicacions durant el tractament.

Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, 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	NÚM. 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: \_\_\_\_\_