



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: La Fecundació in vitro és un procediment mèdic i biològic destinat a facilitar la unió d'ovòcits i espermatozoides en un laboratori, per la qual s'obtenen preembrions que podran ser introduïts en l'úter per a aconseguir la gestació, y/o ser criopreservats.

2. Com es realitza?: La Fecundació in vitro pot realitzar-se mitjançant dos procediments diferents: fecundació in vitro convencional (FIV), en la qual l'òvul i l'espermatozoide s'uneixen de manera espontània; i la microinjecció espermàtica (ICSI), en la qual la fecundació es realitza injectant un espermatozoide en cada òvul. La FIV i la ICSI comencen amb l'estimulació dels ovaris mitjançant fàrmacs i posteriorment es procedirà de manera individualitzada, segons el seu cas, a la transferència i/o criopreservació dels preembrions.

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

- **Embaràs múltiple:** El risc d'embaràs múltiple està relacionat amb l'edat de la dona, el nombre de preembrions transferits a l'úter i la qualitat d'aquests. La taxa de gestació amb dos sacs gestacionals és del 14,2% (dades Registre Nacional d'Activitat de la Societat Espanyola de Fertilitat 2018).
- **Síndrome d'hiperestimulació ovàrica:** A vegades, la resposta ovàrica al tractament és excessiva, es desenvolupa un gran nombre de fol·licles, augmenta la grandària ovàrica. En casos crítics es pot associar a insuficiència respiratòria o alteracions de la coagulació.
- **Embaràs ectòpic:** Consisteix en la implantació de l'embrió fora de l'úter, habitualment en les trompes. Es produeix en un 1,7% dels casos.
- **Avortament:** La taxa d'avortaments és lleugerament superior a la que correspon a la població general. La taxa d'avortament és del 22,3% (dades Registre SEF 2018).
- **Defectes congènits i alteracions cromosòmiques dels fills:** El procediment FIV/ICSI pot incrementar, lleugerament, l'aparició d'anomalies congènites i cromosòmiques.
- **Riscos genètics:** No poden descartar-se, completament, malalties genètiques en la descendència.
- **Altres riscos:** Reaccions adverses a la medicació, infecció peritoneal, hemorràgia ovàrica per punció accidental, torsió ovàrica, dolor o impotència funcional.

4. Conseqüències previsibles de la realització: El Registre 2018 de la SEF refereix una taxa d'embaràs del 19% per cicle iniciat, 21% per punció i 35,6% per transferència.

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

6. Alternatives: Tornar a iniciar el tractament; aprofundir en estudis complementaris; modificar la tècnica utilitzada; realitzar un diagnòstic genètic preimplantacional (DGP); realitzar altres tractaments amb gàmetes donats (ovòcits i/o espermatozoides); utilitzar preembrions donats; 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, embaràs i per a la descendència.

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:	PROVINCIA	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: _____