



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

**1. Què és?:** És una tècnica que consisteix en l'administració de fàrmacs que afavoreixen el desenvolupament fol·licular i l'alliberament d'ovòcits per l'ovari. La finalitat d'aquest tractament és obtenir el desenvolupament d'un o més fol·licles, en l'interior dels quals es troben els ovòcits.

**2. Com es realitza?:** Mitjançant un tractament hormonal que se subministra en injectables, bé intramusculars, bé en forma subcutània. El procés d'estimulació ovàrica es controla habitualment mitjançant ecografies vaginals que informen del nombre i grandària dels fol·licles en desenvolupament. Una vegada obtingut el desenvolupament adequat, s'administren altres medicaments per a aconseguir la maduració final dels ovòcits i programar el moment més adequat per a orientar les relacions sexuals.

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

- a) **Embaràs múltiple.** Suposa riscos físics per a la mare i els fetus, especialment quan la gestació és de més de dos fetus.
- b) **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.
- c) **Embaràs ectòpic.** Consisteix en la implantació de l'embrió fora de l'úter, habitualment en les trompes. Es produeix en un 3% dels casos.
- d) **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.
- e) **Riscos psicològics:** poden aparèixer trastorns psicològics, com ara símptomes d'ansietat i símptomes depressius.
- f) **Altres riscos:** Torsió ovàrica.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** L'embaràs, i la possibilitat d'èxit està en funció de factors com l'edat de la dona i de les causes concurrents que han determinat la indicació del tractament.

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

**6. Alternatives:** Tornar a iniciar el tractament; aplicar modificacions a la tècnica utilitzada; aprofundir en estudis complementaris; indicar altres tractaments de reproducció assistida com a alternatives (fecundació in vitro o inseminació artificial).

**7. Riscos en funció de la situació de la pacient:** L'edat materna avançada incrementa el risc de complicacions, tant en l'embaràs, com en 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:	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: \_\_\_\_\_