



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: És una tècnica que consisteix en la introducció del semen de la parella, prèviament tractat en el laboratori, en la cèrvix o dins de la cavitat uterina de la dona, durant el període pròxim a l'ovulació.

2. Com es realitza?: La inseminació artificial es pot dur a terme durant el cicle natural, o després d'un procés d'estimulació ovàrica. L'estimulació dels ovaris es realitza mitjançant l'ús de fàrmacs. El dia indicat per a la inseminació, la parella deixarà una mostra seminal que es processarà amb la finalitat de seleccionar els espermatozoides de millor qualitat.

Posteriorment, es realitzarà la introducció dels espermatozoides a l'interior de l'úter mitjançant un catèter fi i flexible; aquest procediment és indolor i no requereix anestèsia, ni hospitalització. Una vegada realitzada la inseminació, es podrà aconsellar algun tractament hormonal, amb la finalitat d'afavorir la possible gestació.

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

- a) **Embaràs múltiple:** És una complicació que suposa riscos físics per a la mare i els fetus, especialment quan la gestació és de més de dos fetus. La taxa de gestació múltiple per cada gestació és del 11,6% (dades Registre Nacional d'Activitat de la Societat Espanyola de Fertilitat 2018).
- 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 1,8% dels casos (segons dades Registre SEF 2018). Excepcionalment pot coexistir amb un embaràs situat en l'úter.
- 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 aparéixer trastorns psicològics, com a símptomes d'ansietat i símptomes depressius.
- f) **Altres riscos:** Infecció de l'aparell genital de la dona, torsió ovàrica.

4. Conseqüències previsibles de la realització: Embaràs, que depén en gran manera de l'edat de la dona i de l'existència de causes addicionals d'esterilitat. La taxa d'embarassos per cicle és de 13,1% (dades Registre SEF 2018).

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 o desistir dels tractaments de reproducció assistida.

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 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: _____