



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: És el procediment per a la recepció de preembrions criopreservats (congelats i conservats) procedents d'una donació. Aquests preembrions són transferits a l'úter de la dona receptora amb la finalitat d'aconseguir la gestació.

2. Com es realitza?: La dona receptora rep un tractament hormonal que prepara l'úter per a la transferència embrionària, consistent en el depòsit de preembrions en la cavitat uterina a través de la vagina. És un procediment ambulatori que no requereix anestèsia ni ingrés. El nombre de preembrions transferits a l'úter no pot ser superior a tres en un cicle.

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

a) **Embaràs múltiple:** En la recepció de preembrions donats, el risc d'embaràs múltiple està relacionat amb el nombre de preembrions transferits a l'úter i la qualitat d'aquests amb l'augment dels riscos mèdics per a la mare i els fetus.

b) **Embaràs ectòpic:** Consisteix en la implantació de l'embrió fora de l'úter, habitualment en les trompes. Es produeix en un 3% dels casos.

c) **Avortament:** La taxa d'avortaments és lleugerament superior a la que correspon a la població general.

d) **Impossibilitat de transferència:** Per no-supervivència embrionària després de la descongelació, impossibilitat física de la transferència per alteracions anatòmiques de l'úter, desenvolupament endometrial insuficient o inadequat.

e) **Estats hipertensius** de la gestació, preeclàmpsia i eclàmpsia.

f) **Riscos psicològics:** Poden aparèixer trastorns psicològics, com ara símptomes d'ansietat i símptomes depressius.

g) **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.

4. Conseqüències previsibles de la realització: Embaràs. La possibilitat d'embaràs derivat de la recepció de preembrions donats depèn fonamentalment de la qualitat dels preembrions transferits. Les taxes d'embaràs són del 43,1% per cicle iniciat i 44% per transferència (dades Registre Nacional d'Activitat de la Societat Espanyola de Fertilitat 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, 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

**UNITAT DE REPRODUCCIÓ HUMANA ASSISTIDA
RECEPCIÓ DE PREEMBRIONS DONATS
AMB FINALITATS REPRODUCTIVES**

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: _____