



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

**1. Què és?:** Aquesta tècnica consisteix en la punció selectiva d'un o diversos sacs gestacionals, amb l'objectiu de reduir el nombre de sacs i així incrementar les possibilitats que la gestació arribe a terme i, en conseqüència, afavorir la viabilitat fetal.

**2. Com es realitza?:** Es realitza de manera ambulatoria, mitjançant la introducció d'una agulla per via vaginal o abdominal guiada per ecografia, a través de la qual s'injecta clorur de potassi directament dins dels sacs gestacionals.

El nombre d'embrions sol ser reduït a dos, encara que en circumstàncies especials pot ser reduït a un, i és recomanable realitzar-la entre la 7a i 12a setmana de gestació.

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

- a) **Avortament:** La taxa d'avortaments és superior a la que correspon a la població general. En aquest cas, oscil·la entre un 5% i un 20%.
- b) **Infecció ovular:** En l'1,35% dels casos, aproximadament.
- c) **Part preterme:** En el 75% dels embarassos amb embrioreducció.
- d) **Conseqüències psicològiques:** poden aparèixer trastorns psicològics, que poden requerir de suport psicoemocional.

**4. Conseqüències previsibles de la seua realització:** Augmentar les possibilitats d'èxit en la gestació i de viabilitat fetal.

**5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** Reducció de les possibilitats d'èxit en la gestació i de viabilitat fetal en el seu cas particular.

**6. Alternatives:** Tornar a iniciar el tractament, aplicar modificacions a la tècnica utilitzada, desistir dels tractaments de reproducció assistida.

**7. Riscos en funció de la situació de la pacient:** Els riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la situació clínica de la pacient, 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: \_\_\_\_\_