

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)

Ciudad _____, Fecha _____

IDENTIFICACION DE LA PACIENTE

_____, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de _____, identificada con C.C. _____ de _____

IDENTIFICACION DE LA PAREJA

_____, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de _____, identificada con C.C. _____ de _____.

ANTECEDENTES E INDICACION DEL PROCEDIMIENTO

Dados los antecedentes clínicos y hallazgos de los exámenes practicados previamente, y en atención de nuestro deseo de obtener un embarazo, se nos informo por parte de los médicos especialistas de la institución el procedimiento de la **DESCONGELACION DE EMBRIONES y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA** que persigue el aumento de la probabilidad de lograr un embarazo, disminuyendo en lo posible el número de ciclos de reproducción asistida, reduciendo el riesgo de embarazo múltiple y sus complicaciones al limitar el número de embriones transferidos.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

Se nos informó que la **DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)** consiste en el proceso que se realiza con los embriones congelados, aumentándose su temperatura, retirando los compuestos que los protegían (crioprotectores) y efectuándose su hidratación para que se reanude su crecimiento.

La Transferencia de Embriones es un procedimiento mediante el cual se depositan los embriones en el interior de la cavidad uterina, utilizando un catéter que se introduce a través del cuello uterino. Una vez practicado el procedimiento la paciente deberá guardar reposo, según las indicaciones del especialista tratante.

RIESGOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

Se nos informo que la supervivencia de los embriones es limitada, en virtud a la calidad que tenían los embriones antes de la criopreservación. Los embriones que no sobreviven a la descongelación, en alta probabilidad no hubieran alcanzado el desarrollo embrionario hasta la implantación.

RIESGOS DERIVADOS DEL EMBARAZO

Declaramos haber sido informados y haber comprendido que el embarazo como resultado del tratamiento de la **DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA** comporta los riesgos propios de un embarazo natural tanto para la mujer gestante como para la criatura, como son entre otros; abortos espontáneos; defectos físicos y/o alteraciones mentales del(los) niño(s) nacido(s); riesgos de transmisión de enfermedades a la descendencia; riesgo de anomalías congénitas o enfermedades hereditarias.

ALCANCE DE LAS OBLIGACIONES DEL MEDICO TRATANTE Y DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION

Declaramos que entendemos y aceptamos que el procedimiento terapéutico de la **DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)** conlleva para el médico tratante y para el personal especializado de la institución una obligación de medio, más no de resultado.

Entendemos y así declaramos que no se ha garantizado el resultado de la obtención de un embarazo, ni tampoco se ha garantizado que el(los) producto(s) de la gestación este(n) exento(s) de cualquier tipo de enfermedad o alteración, por lo cual asumimos de manera consciente y voluntaria el resultado del procedimiento de la **DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)**.

Declaramos que exoneramos de responsabilidad por el advenimiento de las complicaciones y riesgos inherentes al procedimiento terapéutico de la **DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)**, así como de sus resultados al médico tratante y al equipo humano interviniente.

Declaramos que nos fue informado nuestro derecho a suspender el tratamiento en cualquiera de sus etapas, si así es nuestra voluntad y aceptamos las repercusiones derivadas del reinicio del tratamiento.

AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DE LA DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)

Manifestamos que una vez recibida la información referente a la indicación, complicaciones, riesgos previstos e inherentes, y posibles resultados del procedimiento terapéutico, en pleno y normal uso de nuestras facultades mentales, otorgamos en forma libre nuestro consentimiento para que por intermedio del médico tratante, así como del personal especializado de la institución, practiquen en mí cuerpo un tratamiento de la **DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)**.

Declaramos que el médico tratante y demás facultativos de la institución están autorizados para realizar los procedimientos médicos adicionales conexos al tratamiento consentido, cuando en el curso de la intervención o del procedimiento se llegara a presentar una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratante deba realizarse en procura del bienestar de su paciente.

Declaramos haber tenido la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas con relación al tratamiento y por ello suscribimos este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO para el procedimiento de la **DESCONGELACION DE EMBRIONES Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (TE)**.

Nombre, firma y huella Paciente
C.C.
Teléfono

Nombre, firma y huella Pareja
C.C.
Teléfono

Nombre, firma y registro médico

