

Fecha entrega: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES-FIVTE

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. _____.

ANTECEDENTES E INDICACION DEL PROCEDIMIENTO

Debido a las dificultades para lograr un embarazo con mi pareja, recibimos por parte de médicos especialistas la información referente a las posibles causas de infertilidad (alteraciones de la calidad y/o cantidad de los espermatozoides, alteraciones en el cuello del útero, daños en las trompas de Falopio, trastornos ovulatorios, infertilidad de causa desconocida, entre otras), por tal razón se nos han puesto de presente diversas alternativas de técnicas de reproducción asistida para lograr el embarazo por nosotros deseado; Inseminación Artificial Intrauterina (IIU), Fertilización In Vitro y Transferencia Embrionaria (FIVET).

Dados los antecedentes y hallazgos reportados de los exámenes practicados a mi pareja y a mí, que, por ser indicada a nuestro caso de acuerdo con el diagnóstico establecido, se nos presentó la técnica de **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)** por parte de los médicos y demás integrantes de esta institución.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

Se nos informó que la **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)** consiste en la inseminación de los óvulos con los espermatozoides, para que la fecundación ocurra en condiciones controladas de temperatura, humedad, concentración de oxígeno. La transferencia de embriones es la colocación en el útero de los embriones previamente seleccionados para su implantación en la capa interna del útero (endometrio) para el desarrollo del embarazo.

El tratamiento de **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)** se realiza en distintas etapas: Estimulación Ovárica, Aspiración Folicular, Soporte de la Fase Lutea, Obtención de los Espermatozoides, Fecundación, Transferencia Embrionaria.

La Estimulación Ovárica consiste en la administración de medicamentos y hormonas, durante un tiempo en promedio de 7 a 12 días. Dentro de este periodo se realiza un seguimiento mediante la práctica de ecografías para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos ováricos, y se toman muestras de sangre para medir el nivel de la hormona estradiol. Una vez los folículos han alcanzado el tamaño deseado, se procede a la inyección de una hormona (HCG) con el fin de terminar la maduración folicular.

La Aspiración Folicular consiste en la obtención de los óvulos del interior de los folículos, mediante la punción con una aguja introducida a través de la vagina hasta el interior de los folículos, la cual es guiada mediante la ecografía. Inmediatamente se obtienen los óvulos, son clasificados y guardados en la incubadora en cápsulas de Petri que contienen un medio de cultivo, previamente rotulados con el nombre de la paciente.

La Aspiración Folicular es un procedimiento ambulatorio que tiene una duración entre 10 a 40 minutos, y una vez practicado la paciente debe guardar reposo en la sala de recuperación en un periodo de tiempo variable de acuerdo con el criterio de los médicos tratantes. Después de practicado el procedimiento puede presentarse un dolor abdominal leve (similar al dolor del cólico menstrual) que es tratado con medicamentos analgésicos y sangrado vaginal.

El Soporte de la Fase Lútea consiste en la administración de Progesterona suplementaria desde el día en que se realizó la aspiración folicular hasta la detección del embarazo y algunas semanas después del embarazo. La administración de la progesterona puede realizarse por vía intramuscular, vaginal o por vía oral, según el criterio del especialista tratante.

La Obtención de los Espermatozoides se realiza mediante la toma de una muestra del semen de la pareja en el centro de fertilidad, para lo cual previamente debe cumplirse un periodo de abstinencia sexual de dos a siete días. Una vez obtenida la muestra del semen se realiza en el laboratorio su procesamiento para la selección de los espermatozoides de más alta movilidad.

La Fecundación consiste en el proceso que da inicio con el contacto de los espermatozoides con la cubierta que rodea el óvulo o zona pelúcida y finaliza con la unión de los pronúcleos con información genética del

padre y de la madre. Este proceso se realiza en el laboratorio, donde se colocan en un medio de cultivo un óvulo y una cantidad de 50.000 a 100.000 espermatozoides.

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 seguir las indicaciones del especialista tratante.

RIESGOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

Recibimos la información de los riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento los cuales entre otros son: Embarazo Múltiple (la gestación de dos o mas fetos supone riesgos físicos tanto para la madre como para las criaturas); Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (como resultado del tratamiento se pueden desarrollar un gran número de folículos, aumentar el tamaño del ovario y elevarse el nivel de estradiol en la sangre); Embarazo Ectópico (implantación del embrión fuera del útero); Infección del aparato genital femenino; Torsión Ovárica (rotación del ovario sobre el ligamento que lo sustenta, que produce un cuadro de dolor agudo que puede requerir intervención quirúrgica), Alteraciones Psicológicas (ansiedad o cambios emocionales).

RIESGOS DERIVADOS DEL EMBARAZO

Declaramos haber sido informados y haber comprendido que el embarazo como resultado del tratamiento de **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)** 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 **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)** 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 terapéutico de **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)**.

Declaramos que exoneramos de responsabilidad por el advenimiento de las complicaciones y riesgos inherentes al procedimiento terapéutico de **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE**

EMBRIONES (FIVTE), 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 FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)

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, otorgo en forma libre mi consentimiento para que por intermedio del médico tratante, así como del personal especializado de la institución, practiquen en mí cuerpo un tratamiento de **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)**.

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 **FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVTE)**.

Nombre, firma y huella Paciente

C.C.

Teléfono

Nombre, firma y huella Pareja

C.C.

Teléfono

Nombre, firma y registro médico