

CONSENTIMIENTO INFORMARDO PARA LA CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS

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

Debido a la aparición o eventual advenimiento de algunas patologías, tratamientos farmacológicos, y/o procedimientos quirúrgicos que puedan lesionar las células que producen los ovocitos y que por ende se afecte la fertilidad, recibimos por parte de médicos especialistas la información referente a las posibilidad de la realización de procesos de congelación por ciertos periodos de células y tejidos, manteniendo sus propiedades biológicas una vez descongeladas, siguiendo protocolos establecidos para tal fin. sualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y función.

Dados los antecedentes y hallazgos reportados de los exámenes practicados a mi y por ser de nuestro interés, se nos presentó la técnica de **CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS** por parte de los médicos y demás integrantes de esta institución.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO DE CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS

Se nos informó que el procedimiento de criopreservación que se realiza con los óvulos obtenidos mediante la realización de la técnica de aspiración folicular.

Los ovocitos son colocados en una solución especial que los protege de los posibles daños derivados de la criopreservación. Esta solución se enfría en un equipo especial controlando la congelación.

Posteriormente los ovocitos se transfieren a unos tanques que los mantienen a temperaturas muy bajas, pudiendo permanecer por periodos de tiempos determinados.

Los ovulos criopreservados en un futuro pueden fecundarse por medio de técnicas de reproducción asistida como la inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI).

RIESGOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO

A pesar del seguimiento estricto de los protocolos y de la adopción de los cuidados adecuados, una proporción de los óvulos pueden no sobrevivir, así mismo puede que no se logre su fecunden o que no produzca en un embarazo.

Recibimos la información de los riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento los cuales entre otros son la no sobrevivencia de la totalidad o de algunos ovocitos la no fertilización, fallas en la fertilización.

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

Declaramos que entendemos y aceptamos que el procedimiento terapéutico de **CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS** 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 **CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS**.

Declaramos que exoneramos de responsabilidad por el advenimiento de las complicaciones y riesgos inherentes al procedimiento terapéutico de **CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS**, 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 CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS

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 **CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS**.

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 **CRIOPRESERVACION DE OVOCITOS**.

Nombre, firma y huella Paciente
C.C.
Teléfono

Nombre, firma y huella Pareja
C.C.
Teléfono

Nombre, firma y registro médico