

CONSENTIMIENTO INFORMARDO PARA LA CRIOPRESERVACION DE SEMEN

Ciudad _____, Fecha _____

IDENTIFICACION DEL 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 espermatozoides y que por ende se afecte la capacidad reproductiva, ante el deterioro progresivo de las características de los espermatozoides de causas conocidas o desconocidas, por la disminución presente o futura del número de los espermatozoides, recibimos por parte de los médicos especialistas la información referente a las posibilidad de la realización de procesos de congelación de los espermatozoides por ciertos periodos de tiempo, que permitan el manteniendo sus propiedades biológicas una vez descongeladas, siguiendo los protocolos establecidos para tal fin.

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 SEMEN** por parte de los médicos y demás integrantes de esta institución.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO DE CRIOPRESERVACION DE SEMEN

Se nos informó que el procedimiento de criopreservación de semen consiste en la congelación y almacenamiento de espermatozoides con fines reproductivos.

Para la criopreservación de semen, se toma inicialmente una muestra seminal del paciente para ser analizada y posteriormente congelada.

Del estudio y análisis de la primera muestra seminal se determinará por parte del médico especialista

tratante el número de muestras sugeridas que se deberán recoger para procurar la cantidad suficiente de espermatozoides que serán congelados, y que permitan posteriormente desarrollar los fines reproductivos deseados por la pareja.

Se requiere el análisis de sangre del paciente antes y después de la congelación del semen para determinar el riesgo de una enfermedad infecciosa. Si la conservación del semen conlleva un riesgo infeccioso, el paciente deberá aceptar las medidas específicas de conservación que resulten necesarias.

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 espermatozoides pueden no sobrevivir, así mismo puede que estos pierdan su capacidad reproductiva.

En razón de la patología que aqueja al paciente pueden presentarse alteraciones en la calidad biológica de los espermatozoides criopreservados que pueden incidir en el resultado de los tratamientos de reproducción asistida que se realicen en el futuro, o en la transmisión de defectos genéticos, enfermedades y factores de riesgo hereditarios.

Recibimos la información de los riesgos y complicaciones inherentes al procedimiento de criopreservación de semen atrás descritos y los mencionados por el médico especialista tratante, por lo cual entendemos que la criopreservación espermática no garantiza el mantenimiento de la calidad biológica de los gametos ni asegura su capacidad fecundante futura, por lo cual no puede asegurarse la consecución de una gestación.

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

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

Declaramos que exoneramos de responsabilidad por el advenimiento de las complicaciones y riesgos inherentes al procedimiento terapéutico de **CRIOPRESERVACION DE SEMEN**, así como de sus resultados al médico tratante y al equipo humano interviniente.

Declaramos que nos fue informado nuestro derecho a suspender el procedimiento 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 CRIOPRESERVACION DE SEMEN

Manifetamos 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 SEMEN**.

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 SEMEN**.

Declaramos que fuimos informados sobre el derecho que en cualquier tiempo le asiste al hombre para disponer la destrucción de sus muestras seminales o el cese de su conservación, previa solicitud por escrito dirigida a la Institución.

Nombre, firma y huella Paciente
C.C.
Teléfono

Nombre, firma y huella Pareja
C.C.
Teléfono

Nombre, firma y registro médico