

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

1. Yo,.....con diagnóstico de.....,habiéndosenos explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y beneficios esperados de la criopreservación de embriones, por la presente autorizamos al **Dr./a** .....y a su equipo, a criopreservar en un banco autorizado los embriones que no vayan a ser transferidos al útero en ocasión del ciclo FIV/ICSI que se nos realizará el próximo día.....en .....
  
2. El procedimiento enunciado en el punto precedente me/nos ha sido totalmente explicado por el profesional, por lo que entiendo su naturaleza y consecuencias, y estoy/estamos en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del mismo. Se me/nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me/nos han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me/nos han sido específicamente aclarados:
  - 2.1 Desde un punto de vista biológico, se denomina embrión al estadio evolutivo que se inicia con el óvulo fecundado o cigoto y finaliza con la implantación del mismo en el útero materno.
  - 2.2 La criopreservación de embriones se encuentra avalada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR).
  - 2.3 La criopreservación de embriones, ofrece una solución para aquellos casos en que el número obtenido excede el razonable de ser transferido disminuyendo así el riesgo del multigestación severa.
  - 2.4 Se la considera una buena alternativa en casos en que la evolución natural de los cónyuges hace suponer que él o ella quedarán sin gametos o no tendrán posibilidad de realizar otro ciclo de tratamiento.
  - 2.5 El procedimiento consiste en la congelación de los embriones no utilizados en un ciclo FIV/ ICSI en nitrógeno líquido.
  - 2.6 La tasa de supervivencia embrionaria tras la descongelación oscila entre el 50% y el 70%. La transferencia de embriones previamente descongelados para su implantación tiene una tasa de gestación del 15% aproximadamente por transferencia. El riesgo de aborto o de malformaciones en el recién nacido por la utilización de los embriones descongelados no es superior al de una concepción natural.
  
3. Las alternativas para el uso y destino de los embriones criopreservados serán decididas al momento de firmar el presente consentimiento y son las siguientes:
  - 3.1. Utilización en posteriores transferencias.
  - 3.2. Donación a otra pareja/ paciente.
  
4. Ante la notificación del fallecimiento de un titular de los embriones, los mismos serán descartados, salvo que exista una instrucción previa, clara y atestiguada. En caso de fallecimiento de ambos miembros de la pareja, se seguirán las directivas razonablemente expresadas y atestiguadas que se hayan establecido.
  
5. Si surgiese un conflicto entre los miembros de la pareja y uno de ellos solicitase la continuación de la criopreservación, los embriones serán mantenidos hasta tanto se resuelva la disputa.
  
6. Los embriones criopreservados se mantendrán en tal condición por un plazo de.....
  
7. En la consulta médica he/hemos declarado no padecer enfermedades congénitas, hereditarias transmisibles que puedan dar lugar a riesgo grave para la posible descendencia.
  
8. Se me/nos ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y se me/nos ha advertido que la negativa a su realización no implica un riesgo para mi/nuestra salud.
  
9. Autorizo/amos la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará el tratamiento, en la

medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.-

**10.** La firma del presente documento no me/nos compromete en forma definitiva, por lo que estoy/estamos en conocimiento que puedo/podemos retirar o modificar el mismo antes del procedimiento, por cualquier motivo. Sin embargo, si existiese un cambio de opinión respecto al tratamiento, nos hacemos responsables de informar fehacientemente al centro el tenor y alcance de las nuevas decisiones.

**11.** He/hemos leído detenidamente este instrumento y lo he/hemos entendido acabadamente, por lo que autorizo/amos el procedimiento indicado.-

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....