

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN**

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

1. Yo,.....con diagnóstico de ....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y beneficios del tratamiento propuesto, por la presente autorizo al **Dr./a** ....., y a su equipo, a realizar un procedimiento conocido como **INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN**, que se realizará el día.....,en .....

2. El procedimiento enunciado en el punto precedente me ha sido totalmente explicado por el profesional, por lo que entiendo su naturaleza y consecuencias, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

a) El procedimiento consiste en la estimulación de los ovarios mediante el uso de fármacos cuya acción es similar a la de ciertas hormonas producidas por la mujer. La finalidad del tratamiento es la de obtener el desarrollo de uno o varios folículos, en cuyo interior se encuentran los óvulos.

b) El procedimiento de estimulación ovárica se controla mediante ecografías vaginales que informan el número y tamaño de los folículos en desarrollo, complementadas en ocasiones con ciertas determinaciones hormonales. Una vez obtenido el desarrollo adecuado, se administran otros medicamentos para lograr la maduración final de los óvulos y programar el momento más adecuado para orientar las relaciones sexuales. El resultado del procedimiento dependerá en gran medida de la edad de la mujer y de las causas concurrentes que han determinado la indicación del tratamiento.

c) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de procedimientos son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:

c.1. **Embarazo múltiple:** Es una complicación grave, que supone riesgos físicos para la madre y los fetos, en especial cuando la gestación es de más de dos fetos.

c.2. **Síndrome de hiperestimulación ovárica:** En ocasiones la respuesta ovárica al tratamiento es excesiva, se desarrolla un gran número de folículos, aumenta el tamaño del ovario y se eleva considerablemente la cantidad de estradiol en sangre. Además, el desarrollo de este síndrome tiene relación con la administración del fármaco necesario para la maduración final de los ovocitos (HCG) y la consecución del embarazo. Se clasifica en leve, moderada y severa, siendo esta última excepcional (menos de un 2%) y se caracteriza por acumulación de líquido en el abdomen e incluso en el tórax, así como por alteraciones de la función renal y/ o hepática. En casos críticos se puede asociar a insuficiencia respiratoria o alteraciones de la coagulación.

c.3. **Embarazo ectópico:** Consiste en la implantación del embrión fuera del útero, habitualmente en las trompas. Excepcionalmente puede coexistir con un embarazo situado en el útero.

c.4. **Otros riesgos:** Torsión ovárica, trastornos psicológicos (síntomas de ansiedad, depresión, etc.)

3. Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el profesional interviniente, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el profesional, o quien él designe, realice los controles necesarios en el período post-procedimiento.-

4. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas ante el fracaso de la técnica, puntualizándoseme la siguiente: reiniciar el tratamiento, profundizar en estudios complementarios, aplicar modificaciones a la técnica utilizada, fecundación in vitro, etc.

5. Soy consciente de la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-

6. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el tratamiento, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional cualquier

complicación o cambio que apareciera en la evolución normal, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-

**7.** Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a: .....

**8.** En la consulta médica he declarado no padecer enfermedades congénitas, hereditarias transmisibles que puedan dar lugar a riesgo grave para la posible descendencia.

**9.** Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y se me ha advertido que la negativa a su realización no implica un riesgo para mi salud.

**10.** Autorizo 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.-

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

**12.** Este consentimiento es válido sólo para este ciclo de tratamiento.

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

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

**Aclaración:**.....