

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE EMBRIONES CRIOPRESERVADOS (TEC)

Doña _____ con DNI _____

Y su pareja _____ con DNI _____

El proceso de transferencia de embriones criopreservados es un tratamiento relativamente sencillo que solo requiere la preparación del útero para que sea receptivo para la implantación embrionaria.

Existen fundamentalmente dos razones en las cuales es necesario criopreservar embriones:

1. Criopreservación de embriones viables *sobrantes* de tratamientos de reproducción asistida para utilizarlos en futuras en transferencias.
2. Ciclos segmentados donde la transferencia embrionaria en fresco está contraindicada.

Como regla general en nuestro centro optamos por las transferencias de un embrión único en estadio de blastocisto (es decir embrión con 5 ó 6 días de desarrollo embrionario en el laboratorio) para minimizar los riesgos de embarazo múltiple. Debe ser consciente que la tasa de desarrollo embrionario hasta el día quinto es de en torno a un 35%, lo cual nos sirve para realizar una adecuada selección del embrión con mayor potencial para dar un embarazo. No obstante, según las características de cada paciente y cada ciclo, la recomendación más adecuada para la transferencia le será transmitida por el personal del centro y dependerá de la calidad y cantidad de embriones obtenidos.

El tratamiento se inicia en los primeros días de la menstruación, donde se comienza con la toma de estradiol generalmente en forma de comprimidos o parches dérmicos. Aproximadamente 7-10 días después, se realizará una ecografía de control para ver que el endometrio (capa del útero donde se deberá implantar el embrión) tenga el tamaño adecuado. Si es así se considerará que el endometrio ya está preparado y en los días siguientes le llamará el laboratorio para dar las siguientes instrucciones en cuanto a medicación (inicio de la toma de progesterona en forma de óvulos vaginales) y el resto de los pasos a seguir para el día de la transferencia embrionaria.

Queremos hacer hincapié que una vez que el endometrio está preparado, se mantiene en estado receptivo para el embrión durante bastantes días e incluso semanas por lo que no debe preocuparse si en alguna ocasión el inicio de la toma de progesterona se pospone algunos días. La transferencia suele realizarse en una

media de 14 a 24 días desde el inicio del tratamiento y son necesarios varios días de tratamiento con progesterona antes de la transferencia. Para comprobar que los niveles de esta hormona se están regulando convenientemente, durante estos días se realizarán algunas analíticas por lo que ha de tener disponibilidad para acudir a la clínica.

El mismo día de la transferencia se llevará a cabo la descongelación del embrión. En casos muy excepcionales y de manera impredecible pues se desconocen las causas, puede ser que los embriones no sobrevivan al proceso de descongelación y el embrión se pierda. Se le informará de este evento y se procederá a la desvitrificación de otro embrión si lo hubiera o en su caso a la anulación de la transferencia.

El proceso de la transferencia es rápido y sencillo, no requiere sedación ya que no es un proceso doloroso. El día de la transferencia deberá tomar toda la medicación pautada y deberá acudir sin orinar y después de tomar 2 vasos de agua. Tras el proceso y después de un tiempo prudencial en la clínica, no deberá hacer reposo y es conveniente mantener el ritmo de vida habitual a no ser que por alguna circunstancia particular se le indique lo contrario. Aproximadamente a los 10 días de la transferencia tendrá que realizar el test de embarazo en orina, y llamar a la clínica con el resultado para que se le indiquen las siguientes instrucciones.

No dude en solicitar más información o aclaraciones si lo considera necesario.

He tenido la posibilidad de hacer todas las preguntas que he considerado oportunas y estoy satisfecho con las explicaciones recibidas.

En, a de de

Firma de la mujer:
(nombre y DNI)

Firma de la pareja:
(nombre y DNI)



DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD

Dña _____
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº _____, estado civil _____, y
D/Dña _____
mayor de edad, con DNI/Pasaporte nº _____, estado civil _____, y con
domicilio en la Ciudad de _____,
calle _____ nº _____ C.P. _____
País _____, concurriendo como (matrimonio/pareja de hecho/mujer sin
pareja) _____

DECLARO/DECLARAMOS:

1. Tener plena capacidad de obrar.
2. En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos mi/nuestro consentimiento escrito a la transferencia de embriones propios previamente criopreservados.
3. Haber recibido, anteriormente a este acto, información verbal y escrita, esta última a través del "**Documento Informativo sobre Fecundación In Vitro o Microinyección Espermática (FIV/ICSI), con Transferencia y Congelación Embrionaria**", que ha sido leído, comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información y asesoramiento sobre las siguientes cuestiones:
 - Información y asesoramiento sobre la descongelación y la transferencia de embriones previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - En caso de utilizar semen de donante, también sobre su utilización y en especial, sobre la relevancia jurídica de la firma de este consentimiento informado por el marido o varón no casado en orden a la determinación con el mismo de la filiación paterna respecto de la descendencia que se consiga, que será considerada legalmente como propia a todos los efectos.
 - Los riesgos genéticos, ya que la utilización de gametos procedentes de donante no permite asegurar que no se produzcan mutaciones o alteraciones genéticas (surgidas de novo o hereditarias) que conlleven la transmisión de enfermedades genéticas a la descendencia.
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones del tratamiento propuesto y de la medicación empleada.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.
 - Los destinos posibles de los embriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.

- La obligación de renovar o modificar periódicamente nuestro consentimiento respecto de los embriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino (separación, fallecimiento o incapacidad sobrevinida de uno de los cónyuges, etc.) o dificultar nuestra localización.
- Información relativa a las condiciones económicas del tratamiento.
4. Que, según el equipo médico, para mi/nuestro proyecto reproductivo, es adecuado un tratamiento de reproducción asistida a través de la técnica denominada **DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS** y, dentro de las alternativas de tratamiento expuestas, he/hemos comprendido que la técnica más adecuada en nuestro caso es la que aquí consentimos:
_____.
5. Conocer que, en cualquier momento anterior a la descongelación y transferencia embrionaria, puedo/podemos pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse obligándose a dar una salida legal a dichos embriones.
6. El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con nuestras circunstancias _____ personales:
_____.
7. **De acuerdo con el equipo médico**, y con el fin de evitar el embarazo múltiple y poner en riesgo la salud de la receptora, autorizo/autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de _____ (uno, dos o tres) embriones.
8. Que el destino que deseo/deseamos _____ dar a los posibles ovocitos y/o embriones congelados sobrantes sería (marcar lo que proceda):
- Uso propio, es decir utilización por la propia pareja, mujer o, en su caso, su cónyuge femenino.
- Donación con fines reproductivos (*si la mujer es ≤ 35 años y el varón ≤ 50 años*).
- Donación con fines de investigación (*en base a un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable del órgano competente y consentimiento escrito de la pareja o de la mujer*).
- Cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación (*cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida*).
9. En el caso de utilizar gametos o embriones procedentes de donante, acepto/aceptamos la inclusión de nuestros datos personales en el Registro Nacional de Donantes y el consiguiente tratamiento de los mismos a través del Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida (SIRHA).
- Acepto/Aceptamos
- Me comprometo/nos comprometemos a acudir a la clínica para formalizar la renovación o cambio de destino del material criopreservado (ovocitos, espermatozoides o preembriones) y asumir en todo caso el coste económico del material criopreservado durante el tiempo que aquél esté depositado en el centro.**
10. He/Hemos comprendido toda la información que considero/consideramos adecuada y suficiente, por _____ parte del Dr./Dra. _____
_____.
11. De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:
- No padecer enfermedades congénitas, hereditarias o infecciosas transmisibles con riesgo grave para la posible descendencia.
 - No haber omitido o falseado ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.

- c. Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de circunstancias personales (defunción, separación, divorcio,...).
- d. Obligarme/Obligarnos a comunicar los cambios de domicilio en caso de embriones congelados restantes.

Y una vez debidamente informada/os,

AUTORIZO/AUTORIZAMOS:

A la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de descongelación y transferencia embrionarias.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento, y por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos.

De acuerdo con lo previsto en el art. 13 del Reglamento 2016/679 europeo de protección de datos (RGPD), y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que puede ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y olvido, dirigiéndose por escrito al centro, bien acudiendo presencialmente, bien por correo postal o electrónico.

Además, se le comunica que le asiste el derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, si fuera el caso. Puede obtener más información sobre sus derechos de protección de datos en el sitio web <https://www.aepd.es/reglamento/derechos/index.html>

NOTA: La clínica hará todo lo posible para mantener el almacenaje de las células/tejidos en condiciones óptimas, pero no se hará responsable de la pérdida de viabilidad de los mismos debido a desastres naturales u otras emergencias que estén fuera del control de la clínica. Debe conocer que sus ovocitos y/o preembriones podrían ser trasladados a una localización alternativa en caso de una situación de emergencia (inundaciones, disturbios, fuego, situaciones violentas-armas, amenazas/ataques terroristas, gas u otras explosiones, terremotos, cierre de la Clínica, etc..).

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. El/La Médico/a(Col.nº _____)

Firma Paciente

Firma Pareja

DNI:..... DNI:.....

ANEXO para la REVOCACION del presente consentimiento

DÑA _____, mayor de edad, provista de
DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza _____
_____ de _____,

D. _____, mayor de edad, provista de
DNI/pasaporte nº _____ y domicilio en la calle/plaza
_____ de _____,

en este acto solicito/solicitamos la SUSPENSIÓN de la aplicación de la técnica de reproducción asistida a la
que me/nos estoy/estamos sometiendo.

Fda. Dña _____ Fdo. D _____