

CONSENTIMIENTO PARA BIOPSIA TESTICULAR CON FINALIDAD REPRODUCTIVA

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

EDAD _____ DOMICILIO _____ TEL _____

NOMBRE DE LA PAREJA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

Cobertura.- Por el presente se me/nos informa que el procedimiento al que refiere este documento se realiza bajo cobertura total o parcial del Fondo Nacional de Recursos en las condiciones sobre libre elección de Clínica y sistema de co-pago que nos fueron comunicados y respecto de los cuales firmamos los correspondientes formularios.

Estoy en conocimiento que el Fondo Nacional de Recursos financiará hasta tres ciclos de FIV/ Intento en técnica de alta complejidad. Cada uno de ellos incluye un ciclo de estimulación ovárica controlada, hasta tres transferencias embrionarias. En cada transferencia embrionaria se podrán transferir hasta dos embriones y excepcionalmente tres, de acuerdo a los criterios definidos por la normativa del FNR (Art 11 Ley 19.167 y Art. 12 Decreto N° 84/2015).

Objetivo

La biopsia testicular consiste en una intervención quirúrgica, que mediante una incisión única o múltiple, en uno o en ambos testículos, extrae una o varias porciones de tejido testicular, para proceder a su estudio e intentar obtener espermatozoides.

Esta intervención está indicada ante la ausencia de espermatozoides en el eyaculado, o cuando la cantidad y/o calidad de los mismos es insuficiente para poder intentar, con cierta posibilidad de éxito, una técnica de reproducción asistida.

El objetivo es conseguir espermatozoides vivos para inyectar uno en cada óvulo de la pareja, previa obtención de estos últimos mediante estimulación y punción ovárica.

También estará indicada en los casos de obstrucción de la vía seminal, que puede ser resultado de múltiples causas, tanto congénitas como adquiridas. Entre las congénitas destaca la ausencia de conductos deferentes, patología que con frecuencia se asocia con una enfermedad denominada fibrosis quística.

Otras causas de obstrucción son las de origen infeccioso, traumático, o quirúrgicas aunque en otras muchas ocasiones no se logra detectar el origen de la obstrucción.

Explicación del Procedimiento

La biopsia testicular para obtención de espermatozoides y en el caso que la pareja no desee utilización de semen donado, deberá realizarse previo al inicio del ciclo de estimulación ovárica. De obtenerse espermatozoides serán criopreservados para su posterior utilización en el ICSI.

La congelación espermática asociada a la biopsia previa, puede deteriorar la calidad y supervivencia de algunos espermatozoides, pero permite tener mayor seguridad de que el procedimiento será viable, ya que se conoce con anterioridad la presencia o no de gametos masculinos.

La probabilidad de obtener espermatozoides varía notablemente en función de la situación clínica de cada paciente.

Esta intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia local, en régimen ambulatorio. Se inicia mediante una pequeña incisión en el escroto y a través de la misma se incide sobre la pared de uno de los testículos y se extrae una pequeña cantidad de testículo, la cual se coloca en un medio de cultivo especial y se lleva al Laboratorio para ser procesada a fin de constatar la posible presencia de espermatozoides aptos para su uso reproductivo. En caso necesario, a través de esta incisión, puede ser necesario repetirse la biopsia en diversas zonas del mismo testículo. Si no se obtienen espermatozoides o no son suficientes, el cirujano podrá decidir la repetición de procedimiento en el otro testículo.

Si fuera necesario estudiar la situación funcional del testículo o el tipo de lesión presente en el mismo, se podrá remitir una parte del material obtenido en la biopsia, para su estudio anatomopatológico, lo cual será de cargo de la Institución de Asistencia del paciente.

Riesgos generales, molestias y efectos secundarios

1.- Las complicaciones de la biopsia testicular son poco frecuentes y generalmente leves. Sin embargo, como en cualquier otra intervención quirúrgica, pueden presentarse complicaciones anestésicas u operatorias, que excepcionalmente pueden ser graves y/o dejar secuelas.

Las complicaciones mas frecuentes de la técnica quirúrgica son el dolor, el hematoma y la infección, que en situaciones extremas pueden hacer aconsejable el ingreso y/o la reintervención.

2.- Riesgo de cancelación del tratamiento.

También hay riesgos de cancelación del tratamiento de reproducción asistida en caso de no recuperarse espermatozoides.

3.- Riesgo psicológico.

Pueden surgir dificultades en la relación de pareja (sexual y emocional), por síntomas de ansiedad y depresión tanto en el hombre como en la mujer, sobre todo en el periodo de espera de los resultados, así como ante las fallas repetidas. Por esto se recomienda buscar apoyo psicológico.

4- Riesgos y posibles complicaciones personalizadas

Los Prestadores Integrales de Salud brindarán la continuidad asistencial en todos los casos, tanto cuando el procedimiento resulte exitoso, como cuando en su transcurso o a posteriori surjan complicaciones, incluyendo el conjunto de prestaciones a cargo de las Instituciones definidas en el PIAS (Art. 6 Dec N° 84/2015)

Alternativas a este tratamiento

Como siguiente opción, en el caso de que no se encontraran espermatozoides después de varios intentos, existe la posibilidad de usar semen de donante.

Una vez leído y comprendido el texto del documento de este consentimiento informado, ha quedado informado de:

La indicación, técnica, procedimiento, riesgos generales y específicos, y complicaciones de éste procedimiento.

- Que la práctica de dicha biopsia no asegura la obtención de espermatozoides, siendo informado de las probabilidades.

- Que el hecho de obtener y conservar espermatozoides, no presupone ninguna garantía de gestación.
- Ha comprendido el contenido de esta información, y tenido oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales sobre este tratamiento, que resulta el más apropiado de los aplicables a su caso.

Posibilidad de retirar el consentimiento

La firma de este documento no le/s compromete a usted/es de forma definitiva. Es/son usted/es totalmente libre/s de retirar o modificar su consentimiento antes del procedimiento, por cualquier motivo. Sin embargo, si llega/n a cambiar de opinión respecto a su tratamiento, usted/es es/son el/los responsable/s de informar a la Clínica y al Fondo Nacional de Recursos, así como también firmar el consentimiento donde se indiquen sus nuevas decisiones.

Si se suspende el tratamiento antes de la fecundación del óvulo deberá manifestar tal extremo por escrito y los gastos devengados hasta esa fecha serán de su exclusivo cargo (Art. 9 Decreto N° 84/2015)

Disponibilidad de volver a preguntar

Si se desea mayor información de la que está en este formulario, puede/n solicitarla en cualquier momento.

Cumplimiento de la obligación de informar

Dejamos constancia que he/hemos sido adecuada y debidamente informada/os respecto del procedimiento, así como de las razones que lo motivan y de los riesgos y complicaciones que del mismo surgen o se derivan, lo que (por lo tanto) no permite asegurar un resultado.

Dejamos constancia que consiento/consentimos y elijo/elegimos el tratamiento y la Clínica de Fertilidad en el que será realizado el mismo por mi/nuestra propia voluntad, en pleno uso de mis/nuestras facultades mentales y con total conocimiento de las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones emergentes de este procedimiento.

Establecemos de manera expresa que el Fondo Nacional de Recursos tiene como única obligación a nuestro respecto en esta instancia la del financiamiento, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo VIII del Decreto N° 84/015 del procedimiento referido y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera total o parcial del mismo.

Este consentimiento es válido sólo para este ciclo de tratamiento. Hemos recibido copia de este formulario.

Firma de la pareja

Aclaración

Firma del médico

Firma del paciente

Aclaración

Aclaración