

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOPRESERVACION DE EMBRIONES

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 se/me fue/fueron comunicados y respecto de los cuales firmé/firmamos los correspondientes formularios.

Estoy en conocimiento que el Fondo Nacional de Recursos financiará hasta tres ciclos de Fertilización In Vitro (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).

Los embriones no transferidos se conservarán por dos años con financiamiento del FNR. Luego de transcurrido ese plazo se puede optar por transferir los embriones en un plazo de 90 días, donarlos a terceros o descartarlos, en cuyo caso se le ofrecerá a los interesados la entrega de los embriones, y en caso de negativa a recibirlos, el asunto pasará a consideración de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, quien resolverá al respecto. La criopreservación de embriones podrá mantenerse por mayor período de tiempo a costo de la pareja o mujer si por razones biológicas no pudiera recibir los embriones en el período mencionado. (Art 18 Dec. N°84/015).

### **Objetivo**

La criopreservación (congelación o vitrificación) permite conservar los embriones excedentes que se forman en la fecundación in vitro (en adelante FIV), o la inyección intracitoplasmática del espermatozoide (en adelante ICSI). Los embriones criopreservados pueden ser transferidos en ciclos posteriores si no hubo embarazo o para conseguir un segundo embarazo, reduciendo la

necesidad de someterse a la estimulación ovárica controlada y la aspiración folicular.

### **Explicación**

La criobiología es el estudio de los procesos de congelación de células y tejidos. Estos procedimientos han permitido la conservación de células y tejidos por tiempos prolongados manteniendo éstas, generalmente, sus propiedades biológicas una vez descongeladas. Se han desarrollado protocolos de congelación/descongelación y vitrificación/entibiamiento que permiten preservar células a temperaturas muy bajas usualmente sin afectar o con muy poco efecto en su estructura y función.

Los embriones excedentes que se estén desarrollando adecuadamente pueden ser criopreservados. El personal de laboratorio coloca los embriones en una solución especial que protege de posibles daños conocidos por la criopreservación (compuestos crioprotectores). Esto se enfría en un aparato especial que controla cuidadosamente la congelación. Posteriormente se transfieren a tanques especiales que los mantienen a temperaturas muy bajas (casi -200°C). Si el procedimiento es vitrificación, los embriones con los compuestos crioprotectores se sumergen directamente en los tanques especiales. A pesar de todos los cuidados que se toman, no es posible determinar que todos los embriones sobrevivirán una vez que se descongelan o entibian.

### **Beneficios**

El primer beneficio es disminuir los embarazos múltiples y las complicaciones asociadas a ellos, como el parto prematuro, la parálisis cerebral infantil, etc.

La criopreservación es útil en mujeres con síndrome de hiperestimulación ovárica severo, que no pueden recibir los embriones en su útero en ese ciclo, porque se agravaría su condición y deben esperar hasta un próximo ciclo para recibirlos. Además, pacientes que no tendrán oportunidad de realizar otro ciclo de tratamiento se pueden beneficiar con la criopreservación de embriones.

### **Riesgos y efectos secundarios**

#### **1.- Que los embriones no sobrevivan tras la descongelación o entibiamiento.**

Existe un riesgo de que los embriones no sobrevivan a la descongelación o entibiamiento. Este riesgo se relaciona directamente con la calidad de los embriones antes de criopreservarlos.

#### **2.- Defectos de nacimiento.**

En la información disponible publicada a nivel mundial y latinoamericana, no hay datos que indiquen que haya mayor tasa de malformaciones o problemas genéticos en hijos conseguidos mediante embriones criopreservados.

#### **3- 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)

**Posibilidad de retirar el consentimiento**

La firma de este documento no le/s compromete a usted/es de forma definitiva. Es 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, debe/n hacerse responsable/s de informar al centro y al FNR firmando los documentos que le sea/n solicitados. (Art 9 Decreto N° 84/015)

**Disponibilidad de volver a preguntar**

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

**Cumplimiento de la obligación de informar.-**

Dejo/amos 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.

Establezco/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 esta etapa del tratamiento

.....

**FIRMA DE LA PAREJA**

.....

**FIRMA DEL PACIENTE**

.....  
ACLARACIÓN

.....  
ACLARACIÓN

.....

**FIRMA DEL MÉDICO**

.....  
ALCARACIÓN