

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN DE ÓVULOS**

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

**1.** Yo,.....,habiéndosenos explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del procedimiento propuesto, por la presente autorizo al **Dr./a** .....y a su equipo, a realizar la toma de óvulos para su donación, la cuál se realizará el próximo 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 del mismo. 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) La fecundación in vitro y transferencia de embriones con óvulos donados es una técnica compleja de reproducción asistida. Su objetivo es aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en parejas cuya causa de infertilidad es que la mujer no tenga ovarios, o bien que los tenga y hayan perdido su función no pudiendo producir o madurar más óvulos. Otra causa es que la mujer padezca enfermedades genéticas que pudiera transmitir a sus hijos.

Por lo anterior se requiere que mujeres altruistas que han tomado conciencia que tienen el poder de ayudar a estas parejas, sean donantes de óvulos. Para ello tienen que acudir a una estimulación ovárica controlada, cuyo objetivo es conseguir un mayor número de óvulos para aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en las mujeres que los recibirán.

b) La estimulación ovárica 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. 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.

Una mujer nace con 2 millones de óvulos, pero solo va a ovular unas 500 veces en su vida. En cada ciclo menstrual se maduran decenas de óvulos, pero se ovula solamente uno. Los demás óvulos que maduran en ese ciclo son reabsorbidos y eliminados por el cuerpo y no pueden volver a utilizarse. Por ello, con la hiperestimulación ovárica controlada pueden ser donados. Esto no afecta la salud general ni la fertilidad de la donante.

c) La donación será de tipo anónima, pudiendo realizarse de dos maneras:

c.1. Mujeres que se encuentran participando en un programa de reproducción asistida, que tienen menos de 36 años, y como consecuencia de la estimulación ovárica, producen más óvulos de los que ellas pueden o desean usar. Estas mujeres pueden donar el resto de los óvulos con los que se comprometen a no conocer o intentar identificar a la receptora. Tampoco tendrán información de si se logró un embarazo. El anonimato también queda establecido para la receptora, quien también se compromete a no tener acceso ni a buscar la identidad de la donante.

c.2. Mujeres que sin tener problemas para tener hijos, desean ser donantes de óvulos. Las mujeres que optan por esta alternativa, lo hacen en forma totalmente anónima.

**3.** 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:

**3.1. Molestias en general:** A veces los medicamentos utilizados provocan algún efecto secundario leve como cefalea, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal. En raras ocasiones puede presentarse síntomas como visión borrosa, cefalea intensa o aumento acelerado de peso, siendo indispensable en estos casos informar a su médico.

**3.2. 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 óvulos (HCG). 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. El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño del ovario normal. El peso aumentado y la inflamación abdominal, puede facilitar su torsión originando intensos dolores o cólicos. Puede ser una emergencia médica que requiere atención inmediata. El tratamiento es quirúrgico, por laparoscopia para destorcer el ovario, o en pocos casos extirparlo. Esta complicación se presenta en menos del 1% de los casos.

**3.3. Baja del tratamiento:** Existen riesgos de cancelación del procedimiento por baja o no respuesta de los ovarios, o bien que la receptora se retire del programa.

**3.4. Otros riesgos:** Trastornos psicológicos (síntomas de ansiedad, depresión, etc.).

**3.5. Riesgos Personalizados:** Debido a las características médicas y psicológicas de este caso particular; se podría asociar algún riesgo específico agregado, tales como:

.....  
**4.** 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.-

**5.** Soy consciente que 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 mismo, 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.-

**8.** 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: .....

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

**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 de que puedo retirar o modificar el mismo antes del procedimiento, por cualquier motivo. Sin embargo, si existiese un cambio de opinión respecto al tratamiento, asumo la obligación de informar fehacientemente al centro el tenor y alcance de las nuevas decisiones.

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

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

**Aclaración:**.....