



OBOZITOAK DESIZOZTEKO ETA AURREEMBRIOIAK TRANSFERITZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCONGELACIÓN DE OVOCITOS Y TRANSFERENCIA DE PREMBRIONES

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
Fecha:

B. ADIERAZTEN DUGU:

..... andrea
adin nagusikoa, <.....> NAN duena,
egoera zibilia
<.....> eta
..... jauna adin nagusikoa,
<.....> en
bizi dena honako helbide honetan <.....> eta
honako zenbaki
honetan <.....> P.K <.....> Herrialdea
<.....> zeina senar-emazte/izatezko
bikote/bikotekiderik gabeko emakume) moduan heltzen den:
<.....>

B. DECLARAMOS:

D^a.
mayor de edad, con DNI. n° <.....>, estado
civil <.....>, y D.
<.....>
mayor de edad, con DNI. <.....>, estado
civil <.....>, y con domicilio en la ciudad de
.....,
calle <.....> n° <.....> C.P.
<.....> País <.....>, concurriendo como
(matrimonio/pareja de hecho/mujer sin pareja)
<.....>

- Jarduteko gaitasun osoa izatea.
- Egintza honetan, modu aske, kontziente eta espresuan, idatzizko baimena ematen dut/dugu lagundutako ugalketa-teknikak erabiltzeko.
 - BIKOTEKIDEAREN semenarekin.
 - EMAILEaren semenarekin
- Egintza honen aurretik, ulertu eta sinatu dudana/duguna ahozko informazioa eman didate. Horrenbestez, gai hauei buruzko informazioa jaso/jaso dugu:
 - Proposatutako tratamenduaren adierazpena, prozedura, arrakasta-aukerak, arriskuak, kontraindikazioak eta konplikazioak.
 - Aldez aurretik kriokontserbatutako obozitoak desizozteko eta aurreembrioiak (biologikoak, juridikoak eta etikoak) transferitzeko informazioa eta aholkularitza.
 - Arrisku genetikoak; izan ere, emailetik datozen gametoak erabiltzeak ez du bermatzen gaixotasun genetikoak ondorengoei transmititzea ekarriko duten mutazio edo alterazio genetikorik (noboz edo herentziaz sortuak) izango ez denik.
 - Amak klinikoki desegokia den adin batera iristeak ekar ditzakeen arriskuak, bai emakumearentzat tratamenduan eta haurdunaldian, bai ondorengoentzat.
 - Osasun-langileak prest daude behar bezala argitu ez den edozein informazio-alderdi zabaltzeko
 - Aurreembrioi bideragarrien norakoak. Horiek zentroko bankuan gordeko dira, tratamendu-zikloan umetokira transferitu ez direlako.

- Tener plena capacidad de obrar.
- En este acto, de manera libre, consciente y expresa, presto/prestamos nuestro consentimiento escrito a la utilización de técnicas de reproducción asistida:
 - Con semen de la PAREJA.
 - Con semen de DONANTE.
- Que anteriormente a este acto, se me/nos ha dado información verbal, que hemos comprendido y suscrito. En consecuencia, he/hemos recibido información sobre las siguientes cuestiones:
 - La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos, contraindicaciones y complicaciones del tratamiento propuesto.
 - Información y asesoramiento sobre la descongelación de ovocitos previamente criopreservados y la transferencia de preembriones, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.
 - 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.
 - Los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada, tanto para la mujer durante el tratamiento y el embarazo, como para la descendencia.
 - La disposición del personal sanitario para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado
 - Los destinos de los posibles preembriones viables que quedarán criopreservados en el banco del centro por no haber sido transferidos al útero en el ciclo de tratamiento.

- Aldez aurretik enbrioi kriokontserbatuei dagokienez, nire/gure baimena aldizka berritzeko edo aldatzeko betebeharra, eta zure destinoan eragina izan dezakeen edozein helbide-aldaketa edo inguruabar pertsonal zentroari jakinarazteko betebeharra (banantzea, ezkontideetako baten heriotza edo gerora sortutako ezintasuna, etab.). edo gure kokapena zailtzea.
4. Jakitea obozitoak desizoztu aurreko edozein unetan emakume hartzaileak eska dezakeela laguntza bidezko ugalketa tekniken aplikazioa etetea, eta eskaera horri kasu egin beharko zaiola.
5. Nire egoera pertsonalarekin zerikusia duten arrisku hauen berri ere eman dit mediku-taldeak: <~~~ _____ ~~~>.
6. <~~~ _____ ~~~> (bat, bi edo hiru) aurreenbrioi transferentzia baimendu eta baimentzen dut/onartzen dut.
7. Umetokira ziklo berean eta etorkizuneko ugalketa-proiektuan oinarrituta transferituko ez diren aurreenbrioiak sortzeko aukerari dagokionez:
- Nahi/nahi dugu **aurreenbrioi posible GUZTIAK** sortzea, lortutako obozito guztien intseminazioaren edo mikroinjekzioaren ondorioz, eta transferitu gabeko aurreenbrioi bideragarriak izozteko betebeharra onartzea, eta berau onartzea.
- Aurreenbrioi KOPURU MUGATU BAT** sortzea nahi dut/dugu, intseminazioaren edo mikroinjekzioaren ondorioz <~~~ ~~~>. (kopurua) obozito, transferitu gabeko aurreenbrioi bideragarriak izozteko betebeharra bere gain hartuz. Gainontzeko obozitoak honako hauek izango dira:
- O. Bitrifikatuak
 O. Baztertuak
- Nahi/ nahi dugu transferituko ez den **AURRENBRIORIK EZ** sortzea; beraz <~~~ ~~~>. (kopuru) obozitoen transferentzia edo mikroinjekzioa baimentzen dut/dugu. Gainerako obozitoak honako hauek izango dira:
- O. Bitrifikatuak
 O. Baztertuak
8. Obozito eta/edo aurreenbrioi izoztu soberakinei eman nahi nahi dudana/diegun destinoa (behar dena markatu) honako hau izango litzatekeela
- Norberaren erabilera, hau da, bikotekideak, emazteak edo, hala badagokio, bere ezkontide emeak erabiltzen dutena.
- Ugalketa helburuko dohaintza (emakumeak ≤ 35 urte bada).
- La obligación de renovar o modificar periódicamente mi/nuestro consentimiento respecto de los preembriones criopreservados, así como de comunicar al centro cualquier cambio de domicilio o circunstancia personal que pueda afectar a su destino (separación, fallecimiento o incapacidad sobrevenida de uno de los cónyuges, etc.) o dificultar nuestra localización.
- 4.-Conocer que, en cualquier momento anterior a la descongelación ovocitaria, la mujer receptora puede pedir que se suspenda la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y que dicha petición deberá atenderse.
5. El equipo médico me/nos ha informado también de los siguientes riesgos relacionados con mis/nuestras circunstancias personales: <~~~ _____ ~~~>.
6. Autorizo/Autorizamos y consiento/consentimos la transferencia de un máximo de <~~~ _____ ~~~> (uno, dos o tres) preembriones.
7. Respecto a la posibilidad de generar preembriones que no vayan a ser transferidos al útero en el mismo ciclo y en base a nuestro proyecto reproductivo de futuro: (marque lo que proceda)
- Deseo/deseamos **que se generen TODOS los preembriones posibles** como consecuencia de la inseminación o microinyección de todos los ovocitos obtenidos, asumiendo la obligación de congelar los preembriones viables no transferidos, y consentimos la misma.
- Deseo/deseamos **que se genere un NÚMERO LIMITADO de preembriones**, consecuencia de la inseminación o microinyección de <~~~ ~~~>. (número) ovocitos, asumiendo la obligación de congelar los preembriones viables no transferidos. El resto de ovocitos serán:
- O Vitrificados
 O Desechados
- Deseo/deseamos **que NO se genere NINGÚN PREEMBRIÓN** que no vaya a ser transferido, por lo que autorizo/autorizamos la inseminación o microinyección de un máximo de <~~~ ~~~>. (número) ovocitos. El resto de ovocitos serán:
- O Vitrificados
 O Desechados
8. Que el destino que deseo/deseamos dar a los posibles ovocitos y/o preembriones 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).

- Ikerketetarako dohaintza (osasan arloko agintari eskudunek behar bezala aurkeztu eta baimendutako proiektu batean oinarrituta, organo eskudunak adostasun txostena eman eta bikoteak edo emakumeak adostasun idatzia eman ondoren).
- Kontserbazioari beste erabilerarik gabe uztea, kontserbatzeko gehieneko epea bukatzean (hartzaileak lagundutako ugalketaren teknika egiteko klinikoki egokiak diren baldintzak betetzen ez dituzenean).

Hitz ematen dut/dugu zentzura joango naiz/garela material kriopreserbatuaren erabilera berritu edo aldatzeko.

9. Ondo ulertu dugu doktore andreak/jaunak eman didan informazio guztia, behar bezala ulergarria eta egokia.

10.- Era berean, kontsulta medikoan esan dut/dugu:

- Tratamenduan edo haren ondorioetan eragina izan dezakeen datu mediko edo legalik ez izatea.
- Gainerako aurreenbrioi izoztuen kasuan jakinarazpena egitea eragozten edo zailtzen duten helbide-aldaketak ikastetxeari jakinarazteko konpromisoa hartzen dut.

Eta behar bezala informatu ondoren

C.- BAIMENA EMATEN DUGU:

Laguntza bidezko Ugalketa Unitateko langileei beharrezkoak diren tratamendu eta kontrol prozedurak aplikatuko zaizkie obozitoen desizozte tratamendurako eta aurreenbrioen transferentziarako.

Dokumentu honen edukiak ezagutzaren egungo egoera islatzen du, eta, beraz, aldatu egin daiteke, aurkikuntza edo aurrerapen zientifiko berriak egitea komeni bada.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduen arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betetz. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetzako osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

- 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).

Me comprometo/nos comprometemos a acudir al centro para formalizar la renovación o cambio de destino del material criopreservado.

9. He/Hemos comprendido toda la información, que se me/nos ha dado en forma suficiente, comprensible y adecuada por parte del Dr./Dra.

10. De igual forma en la consulta médica he/hemos afirmado:

- No haber omitido ningún dato de tipo médico o legal que pudiera incidir en el tratamiento o sus consecuencias.
- Comprometerme/Comprometernos a notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria comunicación en caso de preembriones congelados restantes.

Y una vez debidamente informados,

C.- AUTORIZAMOS:

Al personal de la Unidad de Reproducción Asistida a aplicar los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de descongelación ovocitaria y transferencia de preembriones.

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.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección

web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

OHARRA: Ospitaleak ahal duen guztia egingo du zelulak/ehunak egoera ezin hobean biltegitratzeko, baina ez du bere gain hartuko haien bideragarritasuna galtzearen erantzukizuna, Ospitalearen kontroletik kanpo dauden hondamendi naturalengatik edo bestelako larrialdiengatik. Jakin behar duzue zure obozitoak eta/edo aurre-enbrioioak beste kokaleku batera eraman daitezkeela larrialdi-egoera batean (uholdeak, istiluak, sua, indarkeriazko egoera armatuak, mehatxu/eraso terroristak, gasa edo bestelako leherketak, lurrikarak, etab.).

NOTA : El centro 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, etc...).

SENAR, BIKOTE EDO GIZONEZKO EZKONDU GABEARENTZAKO ERANSKINA

<~~~~>> .jaun/andrea,
adin nagusikoa, eta <~~~~>> .NAN zenbakia duena.

Egintza honetan baimena ematen dut, nire ugaltze-materiala andreaen umetokian aurretik hilez gero, heriotza gertatu eta hurrengo 12 hilabetean, hura ernaltzeko eta nirekin sortutako haurren ahaidetasuna zehazteko.

Izpta.: <~~~~>

jauna/andrea

Mediku eskatzailearen eta/edo egile arduradunaren sinadura.....

ANEXO PARA EL ESPOSO, PAREJA O VARÓN NO CASADO

D. <~~~~>> .mayor de edad, provisto de DNI N°<~~~~>

En este acto presto mi consentimiento a que en el caso de que falleciera con anterioridad a que mi material reproductor se halle en el útero de Dña..... pueda ésta en los 12 meses siguientes al fallecimiento, proceder a fecundarse en el mismo. y que se determine la filiación del hijo nacido conmigo.

Fdo. D/Dª.

<~~~~>

Firma del Médico solicitante y/o realizador responsable

.....

OBOZITOEN ETA/EDO AURREENBRIOI KRIOPRESERBATUEN HELBURUA ALDATZEKO ERANSKINA

..... andrea, adin nagusikoa, <~~~~>> NAN/pasaporte zenbakia duena eta bizitokia <~~~~>> _kalean/plazan duena.

<~~~~>> jauna, adin nagusikoa, <~~~~>> NAN/pasaporte zenbakia duena eta bizitokia <~~~~>> _kalean duena.

ekitaldi honetan, soberako / kriopreserbatutako gure aurreenbrioiaren xedea aldatzeko eskatzen dugu, eta onartzen dugu xede berria hau izatea:

O Emakumeak berak erabiltzea

O Ugalketarako dohaintza (emakumeak 35 urte baino gehiago baditu).

ANEXO PARA LA VARIACIÓN DEL DESTINO DE LOS OVOCITOS Y/O PREEMBRIONES CRIOPRESERVADOS

Dña. mayor de edad, provista de DNI/pasaporte n°<~~~~>> y domicilio en la calle/plaza <~~~~>> de <~~~~>

D. <~~~~>> , mayor de edad, provisto de DNI/pasaporte n°<~~~~>> y domicilio en la calle/plaza <~~~~>> de <~~~~>

en este acto solicitamos la modificación del destino de nuestros preembriones sobrantes / criopreservados y consentimos en que el nuevo destino sea:

O Utilización por la propia mujer.

O Donación con fines reproductivos (si la mujer es ≤ 35 años).

O Ikerketetarako dohaintza (osasun arloko agintari eskudunek behar bezala aurkeztu eta baimendutako proiektu batean oinarrituta, organo eskudunak adostasun txostena eman eta bikoteak edo emakumeak adostasun idatzia eman ondoren).

O Kontserbazioari uztea beste erabilerarik gabe, kontserbatzeko gehieneko epea bukatutakoan (hartzaileak lagundutako ugalketaren teknika egiteko klinikoki egokiak diren baldintzak betetzen ez dituenean).

O 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).

O Cese de su conservación sin otra utilización una vez finalizado el plazo máximo de conservación (cuando la receptora no reúna los requisitos clínicamente adecuados para realizar la técnica de reproducción asistida).

<~~~~~> (e)n, <~~~~~> (e)ko
<~~~~~>aren <~~~~~> (e)(a)n

Izpta.:
Izpt. mediku
andreak/jaunak

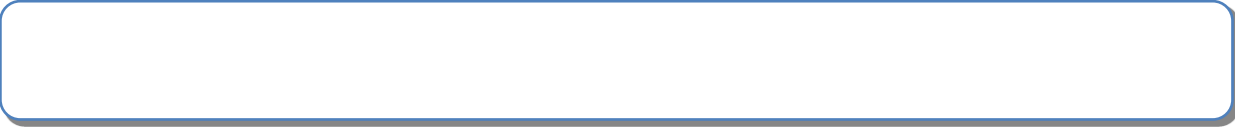
En <~~~~~> a <~~~~~> de
<~~~~~> de <~~~~~>

Fdo. Dña
Fdo. D
<~~~~~>
Firma del Médico:

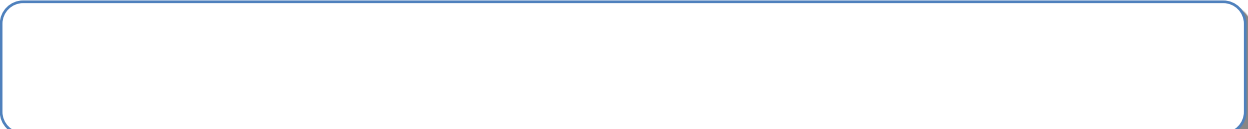
DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

Pazientea/ El Paciente

Pazientearen izen-abizenak Nombre, dos apellidos
Sinadura eta data Firma y fecha


Medikua/EI/La Médico

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk. Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
Sinadura eta data Firma y fecha


Pazientearen ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente .

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento.

.....

Sinadura eta data

Firma y fecha.....

Senarraren, bikotekidearen edo ezkondu gabeko gizonaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del esposo, pareja o varón no casado

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento.

D.....

Sinadura eta data

Firma y fecha.....