

## ENBRIOI PROPIOAK DESIZOZTEKO ETA TRANSFERITZEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCONGELACIÓN Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES PROPIOS

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

 MEDIKU                      ARDURADUNAREN                      IZENA:  
 ..... Data: .....

 .....  
 andrea, adin nagusikoa, <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> NAN/pasaportea  
 duena, egoera zibila <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> eta  
 <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> jauna,  
 adin nagusikoa <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> NAN/pasaportea  
 duena, egoera zibila <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> eta  
 bizitokia <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> (hirian/herrian)duena,  
 <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> kalez <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~>  
 enbakian, kode Postala <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> Herrialdea  
 <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~> eta semar-emazte/izatezko  
 bikote/ bikoterik gabeko emakume moduan) datozenak.  
 <~~~ \_\_\_\_\_ ~~~>

**B. INFORMAZIOA:**

Enbrioiak desizozteko baimena eskatzen dizugu, eta, bizirik irauten badute, umetokira eramateko, ernalketa bat saiatzeko.

Aitortzen dugu:

1. Jarduteko gaitasun osoa izatea.
2. Egintza honetan, modu librean, kontziente eta berariaz, alde aurretik kriopreserbatutako aurreenbrioiak transferitzeko nire/gure baimena ematen dut/dugu idatziz.
3. Egintza honen aurretik, ahozko eta idatzizko informazioa eman didatela/digutela. Informazio hori " In vitro ernalketa edo mikroinjekzio espermático enbrioi-transferentziarekin eta enbrioiak izoztuta egiteko baimen informatuaren" bidez eman didate/digute, Hori irakurri, ulertu eta sinatu dut/dugu. Horrenbestez, gai hauei buruzko informazioa jaso dut/dugu:
  - Proposatutako tratamenduaren indikazioa, prozedura, arrakastarako probabilitateak, arriskuak, kontraindikazioak eta konplikazioak.
  - Arrisku genetikoak. Izan ere, dohaintza-emaitetik datozen gametoak erabiltzeak ez du bermatzen gaixotasun genetikoak ondorengoei transmititzea dakarten mutazio edo alterazio genetikorik (berri batetik edo herentziakotik sortuak) ez dagoenik.
  - Aldez aurretik kriokontserbatutako enbrioiak desizozteko eta transferitzeko informazioa eta aholkularitza, alderdi biologiko, juridiko eta etikoetan.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

 NOMBRE                      DEL                      MEDICO                      RESPONSABLE:  
 ..... Fecha: .....

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

**B. INFORMACIÓN:**

Le pedimos consentimiento para descongelar sus embriones y, en caso de que sobrevivan, transferirlos al útero para intentar una gestación.

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 preembriones propios previamente criopreservados.
3. Que anteriormente a este acto, se me/nos ha dado información verbal y escrita, esta última a través del "Documento" de información para el Consentimiento Informado de Fecundación in Vitro o Microinyección espermática, (FIV-ICSI) con Transferencia Embrionaria y Congelación Embriones", que he/hemos leído, 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.
  - 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.
  - Información y asesoramiento sobre la descongelación y la transferencia de embriones previamente criopreservados, en sus aspectos biológicos, jurídicos y éticos.

- Behar bezala argitu ez den informazioaren edozein alderdi zabaltzeko osasun-langileak prest egotea.
  - Aurreenbrioi bideragarrien helburua. Horiek zentroko bankuan gordeko dira, tratamendu-zikloan umetokira transferitu ez direlako.
  - Aldez aurretik enbrioi kriokontserbatuei dagokienez, nire/gure baimena aldizka berritzeko edo aldatzeko betebeharra, eta helburuan eragina izan dezakeen edozein helbide-aldaketa edo inguruabar pertsonal zentroari jakinarazteko betebeharra (banatzea, ezkontideetako baten heriotza edo gerora sortutako ezintasuna, etab.). edo lokalizazioa zailtzea.
4. Jakin behar da, enbrioi-aurreko desizoztea baino lehenagoko edozein unetan, emakume hartzaileak eska dezakeela laguntza bidezko ugalketa-tekniken aplikazioa bertan behera uzteko, eta eskaera horri kasu egin behar zaiola, eta aurreenbrioi horiei legezko irteera eman behar zaiela.
5. Nire egoera pertsonalarekin zerikusia duten arrisku hauen berri ere eman dit/digu mediku-taldeak:
- <--- ..... --->
- <--- ..... --->
- <--- ..... --->
6. Gehienez ere <--- ..... ---> (Bat, bi edo hiru) aurreenbrioi transferitzeko baimena/baimena ematen dut/dugu.
7. Etorkizunean gure ugalketa-proiektu komunerako erabiliko ez bagenitu, soberan geratutako aurreenbrioi izoztuetarako helmuga hau izango litzateke (markatu dagokiona):
- Norberaren erabilera, hau da, bikoteak berak, emazteak edo, hala badagokio, bere emaztearen ezkontideak erabiltzen duena.
- Ugalketarako dohaintza (emakumea < 35 urte bada).
- 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).
- Kontserbazioari beste erabilerarik gabe uztea, kontserbatzeko gehieneko epea bukatzean, hartzaileak lagundutako ugalketaren teknika egiteko klinikoki egokiak diren baldintzak betetzen ez dituenean.
8. Informazio guztia ulertu dut/dugu, ..... doktoreak modu nahikoan, ulergarrian eta egokian eman baitit/baitigu.
9. Era berean, kontsulta medikoan esan dut/dugu:
- Tratamenduan edo haren ondorioetan eragina izan dezakeen datu mediko edo legalik ez izatea.
- 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.
  - 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 preembrionaria, la mujer receptora puede 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 preembriones.
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. Que, de no utilizarlos en el futuro para nuestro proyecto reproductivo común, el destino que deseáramos para los posibles 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).
- 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.
8. He/Hemos comprendido toda la información, que se me/nos ha dado en forma suficiente, comprensible y adecuada por parte del Dr./Dra. ....
9. 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.

- Gainerako aurreenbrioi izoztuen kasuan jakinarazpena egitea eragozten edo zailtzen duten helbide-aldaketak zentroari jakinarazteko konpromisoa hartzea.

**BAIMENA EMATEN DUT/DUGU** desizozte-tratamendurako eta enbrioi-aurreko transferentziarako beharrezkoak diren tratamendu- eta kontrol-prozedurak aplikatzeko.

<~> (e)n <~> (e)ko <~>  
(e)a)n <~> (e)an.

Izpt.....mediku  
jaun/andrea.

Izpt. ....

NAN <~> duena

Izpt. Bikote jauna/Andrea <~>

NAN <~>.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

Zure egoera pertsonal zehatzarekin lotutako arriskuak:

<~>

Dokumentu honen edukiak ezagutzaren egungo egoera islatzen du, eta, beraz, aldatu egin daiteke, aurkikuntza edo aurrerapen zientifiko berriek hala egitea gomendatzen badute.

Datuen babesari buruzko oinarriko 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 tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betetz. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeek. 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>

- Comprometerme/Comprometernos para notificar al centro los cambios de domicilio que impidiesen o dificultasen la necesaria. comunicación en caso de preembriones congelados restantes.

**AUTORIZO/AUTORIZAMOS** a la aplicación de los procedimientos de tratamiento y control necesarios para el tratamiento de descongelación y transferencia preembrionarias.

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

Fdo. El/La Médico.....

Firma .....

DNI <~>

Firma Pareja D./Dña... <~>

DNI <~>

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas:

<~>

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 enbrioiak 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 Hospital 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 del Hospital. Debe conocer que sus embriones 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...).

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.....



**Ezkontza, izatezko bikotea, bikotekiderik gabeko emakumearen ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del matrimonio, pareja de hecho, mujer sin pareja**

**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./Dña.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha.....

