

CONSENTIMIENTO INFORMADO RECEPTORA

SOLICITUD DE ÓVULOS DONADOS/PROVENIENTES DE BANCO DE ÓVULOS

Hoy, _____ del mes de _____ del año 20___, quien firmo al pie del presente instrumento, _____, titular del Documento Nacional de Identidad número _____, quien manifiesto ser mayor de edad, después de haber sido adecuada y previamente informada, a través del presente documento solicito a OVOGENETIC óvulos vitrificados provenientes del Banco de Óvulos de Donantes externo a OVOGENETIC, para que los mismos sean utilizados por mi médico tratante en un procedimiento de fertilización asistida con el objetivo de lograr un embarazo.

Los óvulos donados que recibiré provienen de _____.
En entrevistas con profesionales de OVOGENETIC recibí información y asesoramiento sobre distintos aspectos relacionados con los óvulos que recibiré:

DONANTES DE ÓVULOS: ESTUDIOS

Comprendo que el Banco de Óvulos ha manifestado por escrito a OVOGENETIC que las donantes han respondido un cuestionario sobre su historia médica y la de su familia y han declarado no tener antecedentes personales ni familiares de enfermedades hereditarias y/o genéticas, y que el mencionado Banco depende de dichas declaraciones ya que la Institución no realiza investigaciones adicionales para verificar la autenticidad de las mismas.

Comprendo que el Banco ha manifestado por escrito a OVOGENETIC que realiza estudios a las donantes para ser aceptadas como tales, de acuerdo a parámetros y lineamientos internacionalmente aceptados, recomendados y requeridos por SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva) y por las Instituciones y organismos relacionados con la Fertilización Asistida más prestigiosos del mundo.

Comprendo que, asimismo, el Banco ha manifestado por escrito a OVOGENETIC que para los donantes, establece como requisitos:

- 1) Ser mayor de edad.
- 2) Completar con sinceridad los datos del cuestionario.
- 3) La realización de los siguientes estudios:
 - Evaluación clínica por Médico del Staff (Historia clínica y familiar, examen físico).
 - Consentimiento médico.
 - Evaluación psicodiagnóstica.
 - Estudios en sangre: Grupo sanguíneo y factor Rh, hemograma y volumen corpuscular medio.
 - Estudios infectológicos en sangre: HIV, Hepatitis B y C, VDRL, Citomegalovirus.
 - Estudios genéticos: Cariotipo de Alta Resolución, Atrofia Muscular Espinal, Fragilidad cromosoma X y Fibrosis Quística de acuerdo al protocolo de estudio de la donante al ingresar al programa.
 - Estudios genéticos adicionales: en algún caso puntual, se podrán solicitar estudios genéticos adicionales en alguna donante.

Comprendo que si bien el Banco de Óvulos garantiza que todos los estudios correspondientes han sido realizados en laboratorios de referencia, los exámenes de laboratorio no tienen una precisión de 100% y, por lo tanto, **OVOGENETIC** no puede garantizar la ausencia de cualquier tipo de enfermedad. Asimismo comprendo que no es posible pre-testear a la donante para todas y cada una de las enfermedades conocidas o condiciones que pudieran potencialmente afectar la salud del niño nacido como resultado de la utilización de los óvulos que **OVOGENETIC** provee.

Comprendo que el Banco de Óvulos ha manifestado por escrito a **OVOGENETIC** que los mencionados estudios han sido realizados y que sus resultados han permitido que la donante forme parte de su programa de donación de Óvulos y que, por lo tanto, **OVOGENETIC** no será responsable de la realización de tales estudios ni de sus resultados.

Comprendo que existen más de 1.800 mutaciones conocidas hasta el momento y en constante aumento, para el gen de la Fibrosis Quística, y que estudiar el Status de portador de dicha enfermedad, independientemente de la metodología utilizada, disminuye el riesgo de transmisión de la enfermedad pero no lo anula; a esto se lo denomina riesgo residual. Entiendo, entonces, que siempre existe un riesgo residual y que, por lo tanto, el niño podría heredar una mutación indetectable de cada progenitor y manifestar la enfermedad. Lo mismo ocurre para el resto de las enfermedades genéticas evaluadas.

Comprendo que **OVOGENETIC** no puede garantizar que los tratamientos de fertilidad con la utilización de los óvulos recibidos resulten en un embarazo y que derivado de tales procedimientos **pueden ocurrir las mismas complicaciones de un embarazo normal** tales como malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias y/o genéticas, infecciones, abortos espontáneos, entre otros y que, por tal razón, **OVOGENETIC** no es responsable de esta eventualidad.

Comprendo que otros óvulos de la misma donante pueden ser utilizados por más de una receptora.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ÓVULOS

Existen estudios que prueban que la vitrificación de óvulos y su posterior desvitrificación no modifican de ninguna manera la capacidad de fertilización de los mismos ni ninguna otra característica que los óvulos frescos poseen.

Existen estudios que demuestran que la utilización de óvulos previamente vitrificados no causa complicaciones de ningún tipo en el posible embarazo, ni el niño nacido como producto de su utilización.

No existen estudios que demuestren que haya un período de tiempo límite para la desvitrificación de los óvulos donados, ni que el tiempo transcurrido modifique alguna de las características que los mismos óvulos poseían antes de ser vitrificados.

Comprendo que **OVOGENETIC** no puede asegurar que será posible en el futuro obtener óvulos de la misma donante.

Comprendo que una vez que los óvulos donados son entregados a la Institución donde realizaré el tratamiento de fertilidad, **OVOGENETIC** no es responsable por ningún daño que pudiera ocurrir a los mismos durante su mantenimiento o manipulación.

Comprendo que el traslado de los óvulos y su utilización deben realizarse en las condiciones que me fueron explicadas antes de la firma del presente documento, coincidentes con las normas que regulan dichos procesos.

Comprendo que si bien se intentará realizar una compatibilización fenotípica, no se puede asegurar que la donante posea características similares a la receptora, ni asegurar resultados con respecto al fenotipo de los potenciales recién nacidos, debido a que los rasgos fenotípicos son de herencia multifactorial y no dependen exclusivamente de las características de la donante; y dado que la valoración de las características fenotípicas es subjetiva, hace que la compatibilización también lo sea.

No se realiza compatibilización del grupo sanguíneo y factor RH con la donante ya que la misma puede generar grandes demoras en la selección, excepto que la paciente lo deje expresamente asentado.

ASPECTOS LEGALES

Se me ha explicado y comprendo que, en su práctica, **OVOGENETIC** respeta el marco jurídico general y leyes especiales con respecto a la donación de gametas y sigue lineamientos médicos nacionales e internacionalmente aceptados.

Según lo antes mencionado, **OVOGENETIC** requiere, antes de la realización de cualquier procedimiento, incluyendo el de la entrega de gametas donadas a receptores que las solicitan, **el consentimiento previo, informado y libre de todos los intervinientes**, dando cumplimiento así a lo requerido por el Código Civil y Comercial en sus arts. 560 y 561, ley 26.862 sobre Reproducción Asistida, en concordancia con la ley 26.529 sobre Derechos del Paciente. El consentimiento debe renovarse cada vez que se realiza un nuevo procedimiento.

Como lo establece el mismo Código, el consentimiento es revocable. Puedo revocarlo hasta el momento anterior a recibir los óvulos donados, sin perjuicio de ser responsable por los gastos que hasta ese momento se hubieran producido.

Las características de la donación de óvulos son la gratuidad, el altruismo y el anonimato.

El anonimato significa que, en principio, los receptores no tendrán información que identifique a la donante. Asimismo, se me ha informado que de acuerdo con los lineamientos del Código Civil y Comercial Argentino y la ley especial 26.862, la donante no tendrá conocimiento de la identidad de la/los receptores así como tampoco del resultado de la fertilización, existencia o no de embarazo y nacimiento posterior de niños.

Comprendo que el Código Civil y Comercial de la Nación en su Art. 564 establece que la Clínica podrá revelar información relativa a datos médicos de la donante, cuando esto fuera de relevancia para la salud del nacido, y datos sobre la identidad de la donante en caso que un juez así lo decidiera.

Se me informó que la Institución podrá revelar detalles de estadística en publicaciones profesionales manteniendo las identidades reservadas y no generando esto, en ningún caso, violación a la confidencialidad de los datos de los intervinientes.

No exigiré, por lo tanto, de **OVOGENETIC**, datos de la donante que violen el anonimato.

En mi calidad de receptora de óvulos de donante, manifiesto poseer voluntad procreacional por lo que utilizaré los óvulos donados que recibiré, en la realización de un tratamiento de fertilización asistida con los médicos que determine para tal fin. Sé que la voluntad procreacional es imprescindible en la determinación de la filiación según el art. 562 del Código Civil y Comercial, voluntad que no posee la donante. Comprendo que el mismo Código establece que la donante no tendrá derecho, por lo tanto, a reclamar la filiación del nacido por una técnica en la que se utilizarán sus óvulos donados, así como tampoco lo tendrá el nacido con respecto a la donante, ya que no se genera ningún tipo de vínculo jurídico entre donante y nacido (Art. 575 Código Civil y Comercial).

La filiación quedará determinada por la firma de un consentimiento para la realización del tratamiento de fertilización asistida y por la inscripción del niño por mi parte, en los términos del Código Civil y Comercial de la Nación en lo que refiere a determinación de la filiación.

La gratuidad y altruismo que caracterizan a la donación implican que la donante no recibirá de **OVOGENETIC** ni de mi parte ningún pago por los óvulos que donó y que se me entregarán.

Entiendo que no se pueden predecir las futuras leyes sobre el tema y que, en todos los casos, **OVOGENETIC** se acogerá a las mismas sin que ello implique, por parte de la Institución, ningún acto que pueda considerarse violatorio de mis derechos.

RESPONSABILIDADES

Entiendo que **OVOGENETIC** no será responsable de ninguna característica física, mental o genética que pudiera presentar cualquiera de los niños nacidos producto de la donación de óvulos.

Debido a lo anteriormente expuesto, entiendo la improcedencia de cualquier acción legal y renuncio a entablar acciones tendientes a efectuar cualquier tipo de reclamo civil o penal a los profesionales intervinientes y a **OVOGENETIC** de situaciones o complicaciones que pudieran derivarse de la realización de un tratamiento de fertilidad con la utilización de los óvulos donados que recibo a través de **OVOGENETIC**.

Comprendo lo que se me ha explicado y el contenido del presente documento. Por el derecho a la información que me asiste, los profesionales de OVOGENETIC me han informado y explicado en lenguaje sencillo los términos técnicos/médicos que son de difícil comprensión. Con la firma del presente instrumento exteriorizo mi voluntad, plenamente consciente y libre, de recibir a través de OVOGENETIC óvulos de donante provenientes de un Banco de Óvulos externo para su uso en una técnica de fertilización asistida en otra Institución. Aún así, se me explicó que en caso de tener dudas o preguntas de cualquier tipo, tengo la posibilidad de contactarme con los profesionales de OVOGENETIC.

FIRMA _____

ACLARACIÓN _____

DNI _____

MÉDICO/ INSTITUCIÓN QUE REMITE A LA PACIENTE

Consentimiento Informado suscripto en presencia de

el día _____ de _____ de 20__.