

CONSENTIMENTO PARA TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Nós

_____, através deste termo, declaramos que:

Consentimos livremente em participar do programa de fertilização assistida do LIFE SEARCH – SERVIÇO DE REPRODUÇÃO HUMANA.

Estamos cientes de nosso diagnóstico de infertilidade e reconhecemos que as Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) têm o papel de auxiliar na resolução deste problema, facilitando nosso processo de procriação visto que as outras terapêuticas foram ineficazes ou ineficientes para a solução da situação atual de infertilidade.

Realizamos todos os exames que nos foram propostos (Anti HIV 1 e 2, HTLV1 e 2, VDRL, HBsAg, Anti HCV) e cujos resultados se encontram em nosso poder. Eu, _____ reafirmo também estar com o Esquema Vacinal e avaliação ginecológica em dia, estar em uso de ácido fólico e não apresentar nenhuma patologia que contra indique uma gravidez.

Fomos informados sobre todas as etapas do tratamento, que consistem em:

- Bloqueio hipofisário através do uso de medicação nasal ou injeções subcutâneas. Em situações especiais o bloqueio não é obtido de maneira satisfatória e a paciente será solicitada a modificar a dose e o tipo de medicação. Isto pode significar cancelamento daquele ciclo e reinício no próximo no ciclo.

- Indução da ovulação através de injeções subcutâneas, com rastreamento (acompanhamento) da ovulação por ultrassonografia (US) endovaginal. Embora raramente, poderá ocorrer o não desenvolvimento dos folículos que contém os óvulos. Caso isso ocorra o ciclo do tratamento será cancelado.

- Coleta ovular por via transvaginal guiada por US, sob sedação endovenosa, em ambiente cirúrgico. Durante a coleta ovular é esperado que se obtenha óvulos, mas excepcionalmente esse procedimento pode terminar sem sucesso. Durante a coleta podem ocorrer complicações referentes ao procedimento: sangramento vaginal, dor local, lesão de estruturas pélvicas, (bexiga, intestino, vasos sanguíneos), complicações anestésicas.

- Coleta do sêmen realizada por masturbação. Em casos individualizados a coleta de espermatozóides deverá ser realizada por punção de epidídimo, biópsia de testículo ou eletroejaculação. Estes procedimentos serão realizados pela equipe de andrologia. Em raros casos, pode-se não obter espermatozóides mesmo através de punção de epidídimo ou biópsia testicular. Neste caso:

_____ (autorizamos / não autorizamos utilizar sêmen de doador / não se aplica).

- Transferência de embriões guiada por ultrassonografia. Em raros casos, os óvulos coletados poderão não fertilizar. Caso isto ocorra, não haverá embriões para serem transferidos.

- Suporte da fase lútea com o uso de comprimidos de progesterona natural por via vaginal e em alguns casos comprimidos de estradiol.

Os embriões excedentes serão cultivados e caso atinjam o estágio de blastocisto serão congelados. Se houver um maior número de oócitos coletados, esses também poderão ser criopreservados. _____ (autorizamos/não autorizamos) o congelamento de embriões excedentes.

Entendemos também que em relação à reprodução assistida post mortem, não constitui ilícito ético a sua realização desde que haja autorização prévia específica do (a) falecido (a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

No caso de congelamento de óvulos ou embriões, será assinado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido específico para aquele procedimento, quando manifestaremos nossa vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos pré-embriões, óvulos ou sêmen criopreservados em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um de nós ou de ambos.

Autorizamos que sejam descartados os óvulos, espermatozóides pré-embriões ou embriões que não atendam aos critérios para armazenamento ou seu uso posterior, de acordo com as normas vigentes.

Estamos cientes que o programa poderá ser suspenso ou cancelado, a critério médico, quando houver algum fato significativo que possa aumentar o desconforto, efeitos colaterais e/ou riscos, ou ainda no caso de não haver boas chances de sucesso (gestação) com a progressão do programa, em qualquer fase do tratamento.

Fomos informados que a ocorrência de gestação múltipla (mais de um bebê) pode acontecer em cerca de 25% dos casos, sendo nestes casos, na maioria das vezes, gemelar (90%). Para que se previna a ocorrência de gestação múltipla, estamos cientes que o número de embriões a serem transferidos seguirá a Resolução 2013/2013 do Conselho Federal de Medicina: mulheres até 35 anos: até dois embriões; mulheres entre 36 e 39 anos: até três embriões; mulheres com 40 anos ou mais: até quatro embriões.

Sabemos também que a indução da ovulação pode resultar em uma Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHEO), que se caracteriza por uma resposta ovariana exagerada com aumento no volume ovariano, desconforto pélvico, náuseas, e em casos graves (1%) requer internação e acompanhamento clínico rigoroso.

Sabemos que o risco do recém-nascido gerado por Técnicas de Reprodução Assistida apresentar alguma malformação e/ou outras doenças é um pouco maior que na população geral, sendo de aproximadamente 5%. Casais cujo homem seja portador de azoospermia (ausência de espermatozóides no sêmen) ou oligoastenozoospermia grave (redução acentuada do número de espermatozóides no sêmen) possuem risco aumentado de ter filhos com alguma alteração, como por exemplo: microdeleções (alterações) no cromossoma Y, síndrome de Klinefelter (pessoas do sexo masculino com um [cromossomo](#) X adicional, 47XXY, estatura elevada, algum desenvolvimento do tecido mamário, testículos pequenos e infertilidade). Em caso de agenesia do ducto deferente (ausência do ducto que transporta espermatozóides) existe um risco aumentado de o filho ser portador de fibrose cística (doença grave caracterizada por infecções respiratórias, alterações no pâncreas e no suor) e de alterações da fertilidade como o pai.

Entendemos também que a taxa média de sucesso está em torno de 35%, podendo sofrer grandes variações de acordo principalmente com a idade da paciente e a causa da infertilidade.

Confirmamos que durante o tratamento fomos amplamente esclarecidos, tivemos a oportunidade de esclarecer todas as nossas dúvidas relativas ao referido programa, aos tratamentos alternativos, aos possíveis desconfortos, efeitos colaterais e riscos inerentes ao programa.

Estamos cientes das possibilidades de ocorrerem outras complicações além daquelas descritas nesse documento. Reconhecemos que, embora sejam empenhados todos os esforços a fim de evitar ou minimizar os efeitos colaterais e complicações, estes podem ser imprevisíveis tanto em natureza como em gravidade.

Entendemos que qualquer informação obtida durante o tratamento que se refira a nós é verdadeira, permanecerá confidencial, como previsto em lei. Concordamos que estes dados sejam utilizados em projetos de pesquisa previamente aprovados por Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e sejam objeto de publicação em literatura médica, sob condição de que nossa identidade seja resguardada.

Tendo lido com atenção e compreendido todas as informações contidas nesse documento, recebido todos os esclarecimentos desejados, concordamos em participar do Programa de Fertilização Assistida. Reconhecemos que fomos informados em detalhes sobre nossos direitos e responsabilidades, não havendo dúvidas, datamos e assinamos como se segue:

Belo Horizonte, ____/____/____.

Paciente: _____

Data Nascimento: CI:

Parceiro: _____

Data Nascimento: CI:

Endereço:

Médico:
CRMMG:

Testemunha: _____

Consentimento revisado em junho 2013