



## Formulario de Consentimiento Informado para almacenamiento temporal de semen de pacientes con factor masculino severo

<b>Nombre del procedimiento: Almacenamiento temporal de semen de pacientes con factor masculino severo</b>	<b>Servicio: UMRAC - FIV</b>
<b>Nombre del Centro de Salud</b>	<b>Edad del usuario</b>
<b>Nombre del usuario</b>	<b>Nº de Identificación</b>
<b>Nombre del profesional que informa</b>	<b>Código profesional</b>
<b>Nombre del profesional que realiza el procedimiento</b>	<b>Código profesional</b>

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

### Descripción del procedimiento:

El almacenamiento temporal de semen se utiliza como una medida preventiva para asegurar que el día del procedimiento de reproducción asistida se cuente con los espermatozoides necesarios para fertilizar los óvulos de su pareja.

Este procedimiento está indicado en pacientes con las siguientes condiciones:

Dificultad en la obtención de muestra seminal destinada a tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad o destinados a Fecundación in vitro.

Pacientes en los que se requiera aplicar las técnicas de reproducción llamadas Inyección Intracitoplasmática del Espermatozoide (ICSI) o Inyección Intracitoplasmática del Espermatozoide seleccionados con ácido hialurónico (PICSÍ).

Es necesario realizar análisis de sangre previos al almacenamiento temporal de espermatozoides, para determinar el riesgo de infecciones. En caso de identificarse alguna infección, no se podrá almacenar, debido al riesgo que puede generarse en el laboratorio para las muestras de otros pacientes.

Posteriormente, se entrega al laboratorio una primera muestra de espermatozoides, que será analizada y congelada. Se podría aconsejar el almacenamiento de más de una muestra, para que el día del procedimiento se disponga de suficiente cantidad de espermatozoides. Ese día se intentará recolectar una muestra fresca (no congelada); si esta no tiene la cantidad o la calidad de espermatozoides requeridos, se usará la muestra que se congeló previamente. Si la muestra fresca de semen es adecuada para el procedimiento, la muestra congelada se desechará.

Una vez que se haya completado el protocolo de ICSI/PICSÍ, se procederá a descartar las muestras no utilizadas.

En general, la obtención de todas las muestras de semen se hará por medio de la masturbación.

### Objetivos y beneficios esperables:

El objetivo de este procedimiento es la preservación temporal de espermatozoides, para asegurar que se puede realizar el procedimiento de reproducción asistida en la fecha que se tiene programado. Con esto se espera evitar inconvenientes el día del procedimiento o la necesidad de reprogramar los procedimientos requeridos.



### **Alternativas disponibles:**

El almacenamiento temporal de semen es un proceso voluntario, por lo que la alternativa es no realizar la congelación previa del semen.

### **Consecuencias previsibles:**

No se prevén consecuencias del almacenamiento temporal de semen.

Si decide no almacenar semen, debe comprender que esto implica la posibilidad de no poder realizar el procedimiento de reproducción asistida en la fecha que se tiene programado.

### **Riesgos frecuentes:**

La congelación y descongelación puede reducir la calidad del semen, disminuyendo el porcentaje de espermatozoides vivos y móviles. Los espermatozoides que no resultan dañados conservan su capacidad para fecundar, ya que esta no se ve afectada por la duración del periodo en que se mantengan congelados.

La enfermedad que afecta al paciente podría tener repercusiones sobre la calidad biológica o la normalidad genética de los espermatozoides que están almacenados. Estos efectos pueden comprometer el éxito de las técnicas de reproducción asistida aplicables en un futuro, o la viabilidad de la descendencia.

### **Riesgos más graves:**

Resulta posible la transmisión de defectos genéticos, enfermedades y factores de riesgo hereditarios, debido a su condición médica de fondo, no por el almacenamiento temporal de semen.

### **Riesgos personalizados:**

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas, laborales y sociales que generen algún riesgo adicional para la preservación temporal semen por factor masculino severo.

### **Dudas planteadas por el paciente:**

El profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

### **Observaciones:**

### **Información de interés:**

En cualquier momento usted puede cambiar de opinión con respecto a si desea continuar o no con el procedimiento.

Aceptar realizar el procedimiento no libera al profesional o a la Institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

En cuanto al almacenamiento temporal y el procesamiento de las muestras de semen para uso posterior, es importante que sepa que de acuerdo con el protocolo institucional, se debe realizar un análisis médico, con historial de sus antecedentes personales y familiares, un examen físico y exámenes de laboratorio.

Adicionalmente, usted debe conocer que se pueden presentar eventos y daños que afecten a los espermatozoides almacenados; situaciones que no son responsabilidad de la CCSS y que se presentan como consecuencia de un caso fortuito o de fuerza mayor, entendiéndose como tal un imprevisto, es decir, un acontecimiento que no es posible predecir.



Entre estos se pueden mencionar: pandemias, terremotos, deslizamientos, inundaciones, huracanes, levantamientos populares, entre otros.

Por otra parte, debe saber que ante su eventual fallecimiento, la normativa del país indica que solo podrá determinarse legalmente la relación de parentesco entre usted y su hijo(a) si el semen se encontrase en el útero de la madre en la fecha de su muerte, excepto que usted haya dado su autorización en el documento de consentimiento informado de las técnicas de reproducción asistida, para que su semen pueda ser utilizado dentro de los 365 días naturales posteriores a su fallecimiento para fecundar a su pareja.

Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento con anterioridad a la realización de las técnicas y solicitar el descarte del semen almacenado.

**Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado, declaro que:**

1. Toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta y no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado.
2. Respecto al procedimiento, me han explicado oralmente cómo se realiza, los riesgos, las complicaciones y las alternativas, y me han aclarado las dudas.
3. Conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.
4. Solicito libre y conscientemente el almacenamiento temporal de las muestras de semen, para asegurar que se puede realizar el procedimiento de reproducción asistida en la fecha que se tiene programado.
5. Acepto la obligatoriedad de hacer análisis de sangre previos al almacenamiento de las muestras de semen, para determinar el riesgo de infecciones. Si la conservación temporal del semen supusiera riesgo infeccioso, aceptaré que no se realice el almacenamiento. Entiendo que el almacenamiento temporal de semen por medio de criopreservación no garantiza en ningún caso un embarazo ni la normalidad de este.
6. He comprendido el contenido de esta información, y he tenido oportunidad de solicitar aclaraciones adicionales sobre este tratamiento, que resulta el más apropiado de los aplicables a mi caso.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

<b>¿Acepta realizar el almacenamiento temporal de semen por factor masculino severo, que se ha firmado?</b>		<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>
Mis muestras de semen almacenadas temporalmente solo se utilizarán con la pareja:			
_____		_____	
Nombre completo		Número de cédula	
_____		_____	
Firma o huella del usuario		_____	_____
		Fecha	Hora
_____		_____	
Firma del garante (si procede)		_____	_____
		Fecha	Hora
_____		_____	
Firma del profesional que informa		_____	_____
		Fecha	Hora



_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora
<b>En caso de consentimiento por delegación</b> (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma      Identificación	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma      Identificación	Fecha
<b>En caso de revocatoria del consentimiento</b> (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
He cambiado de opinión y ya no deseo mantener almacenada mis muestras de semen que había autorizado en la fecha _____.		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma      Identificación	Fecha