

CONSENTIMIENTO

Quien/es firma/n deja constancia que realizará un tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad y autoriza voluntariamente al CEM (y a sus profesionales y servicios) a realizar los procedimientos necesarios según corresponda al caso (FIV, ICSI, FET, FP, Vitricación de embriones u ovocitos, PGT, TESE, OD).

Asimismo, se deja constancia que se ha leído, comprendido y aclarado dudas o preguntas surgidas sobre el contenido del presente documento que incluye Generalidades, Descripción del Procedimiento, Eficiencia, Efectos colaterales y complicaciones, Costos, Confidencialidad y Tablas de Resultados.

Se establece el compromiso a aportar los datos sobre la evolución de la gestación, nacimiento y salud del o de los niños nacidos por esta técnica según lo dispuesto en la normativa vigente.

MARQUE LO QUE CORRESPONDA PARA SU CASO:

En lo referente al **número** de embriones a transferir aceptamos:

A Que el mismo sea decidido en el momento de la transferencia de acuerdo con el equipo médico y embriólogos, considerando todos los factores conocidos (edad, antecedentes de la paciente, calidad de los embriones, entre otros) y la normativa vigente.

B Que el **número máximo** de embriones a transferir sea de _____

SI	NO	Estimulación de la ovulación
SI	NO	Aspiración de ovocitos
SI	NO	Criopreservación (Vitrificación de embriones)
SI	NO	Criopreservación (Vitrificación de ovocitos)
SI	NO	Criopreservación de semen o de material con espermatozoides
SI	NO	Recuperación de espermatozoides del testículo o epidídimo
SI	NO	Aceptación de óvulos donados *
SI	NO	Aceptación de espermatozoides donados *
SI	NO	Aceptación de embriones donados
SI	NO	Test Genético Preimplantacional

*En caso de requerir gametos donados (femeninos o masculinos), éstos deben haber sido adjudicados previamente a realizar el procedimiento.

Montevideo, _____ de _____ del año _____

Firma: _____ Aclaración _____ C.I. _____

Firma: _____ Aclaración _____ C.I. _____

Certifico que antes del inicio del procedimiento y previo a la firma de este documento, alguno de los miembros del equipo que conforman el Centro de Esterilidad Montevideo informó a los pacientes sobre la naturaleza, propósito, riesgos, beneficios, costos, así como alternativas al tratamiento propuesto, dando oportunidad de preguntar y respondiendo las dudas en forma satisfactoria. Creo que la paciente/la pareja ha entendido lo explicado y consienten en efectuar el tratamiento propuesto.

Firma Médico: _____ Aclaración _____ C.I. _____