GERARDO EMILIO MOTTURA
ESCRIBANO
REGISTRO Nº 99
POSADAS — MISIONES

PROTEALAB

Consentimiento Nº: ..... [1]

Resistencia, 22 de MARZO de 2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

GAMETO/S DONADO/S - PERSONA SOLA

1) Nombre y Apellido (paciente): FLORIBAL, Rocio Alejandra	
Domicilio: Ch. 148, Barrio Villa Cabello, "calle EL MOLINO, Esc. 3, Dpto i"	DNI 35.015.234
Localidad: Posadas	Teléfono: —
Código Postal: 3300	Móvil: (376) 154218722
Provincia: MISIONES	E-mail: rociofloribal@gmail.com

*Es responsabilidad del/la paciente notificar al centro médico sobre cualquier modificación del domicilio denunciado. Caso contrario resultará válido éste a los efectos de lo que aquí se consiente.

Este consentimiento informado corresponde a: floribal, Rocio Alejandra ..... [2] (Historia Clínica Nº .....) en fecha ....., nro. .....

DECLARO que el/ la Dr./Dra. Avanza, María Julia, me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una FECUNDACION IN VITRO-TRANFERENCIA EMBRIONARIA (FIV-TE) CON/SIN MICROINYECCIÓN ESPERMÁTICA (ICSI) con utilización de semen y/u ovocitos donados, según el caso, y que

[1] El Número de consentimiento aquí completo corresponde al asignado en el Establecimiento Sanitario, sin perjuicio del protocolo que resulte asignado por el/la Escribano/a Público/a o por la Autoridad Competente a efectos de su protocolización correspondiente.

[2] Consignar nombre y apellido completo - DNI de quien suscribe el consentimiento informado.

EMILIO MOTTURA
RIBANO
TRO Nº 99
- MISIONES

he sido informada/o de manera clara, precisa y adecuada de lo siguiente:

INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE ESTE TRATAMIENTO Y TÉCNICA DE FIV/ICSI CONGAMETOS DONADOS

Definiciones

- FIV ET: fertilización In Vitro (FIV –ET) con transferencia intrauterina de embriones.
- ICSI: inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica de microinseminación: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovular.
- Transferencia embrionaria: procedimiento médico mediante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de Falopio.
- Fecundación in Vitro FIV-ET y transferencia intrauterina de embriones: es un tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad.
- Banco de semen: es un banco de células y tejidos que obtiene, almacena y/o distribuye espermatozoides humanos para utilizarlos en procedimientos de reproducción humana asistida.

  Los donantes de semen son seleccionados mediante evaluación clínica, psicológica, infectológica y genética bajo normas de calidad y bioseguridad específicas, siendo las muestras almacenadas y criopreservadas para uso posterior. Sin embargo ello no impide la posibilidad de que el niño/a nazca con anomalías congénitas, enfermedades genéticas, hereditarias e infecciosas o malformaciones, a pesar del uso de gametos donados, a lo que se llama riesgo residual.
- Banco de óvulos: es un banco de células y tejidos que obtiene, almacena y/o distribuye ovocitos humanos para utilizarlos en procedimientos de reproducción humana asistida.

  Las personas donantes son mayores de 18 años y menores de 35 años, siendo evaluadas mediante estudios clínicos, psicológicos, infectológicos y genéticos, basados en normas de calidad y bioseguridad específicas. Sin embargo, ello no impide la posibilidad de que el niño/a nazca con anomalías congénitas, enfermedades genéticas, hereditarias e infecciosas o malformaciones, a pesar del uso de gametos donados, a lo que se llama riesgo residual.
- Gametos: entiéndase por gameto/s a la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide y óvulo/ovocitos respectivamente, responsables de la reproducción.

MOTTURA
BANO
Nº 99
MISIONES

– Establecimiento sanitario: centro de salud o consultorio médico destinados a realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida.

Objetivo

Aumentar la probabilidad de lograr un embarazo en personas cuya causa de infertilidad fuere daño a las trompas, endometriosis, insuficiencia en la calidad o cantidad de los gametos, riesgo genético en la descendencia, falla de otros tratamientos previos; y/o por infertilidad estructural. Este tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad se realiza con (seleccionar la opción que corresponda):

- ☒ Esperma donado.
- ☒ Ovocitos donados.

Muchas veces los gametos provienen de bancos proveedores tercerizados y externos a PROTEALAB.

Etapas del tratamiento:

A) Consideraciones para el tratamiento de óvulos propios:

1. Estimulación ovárica – también denominada estimulación ovárica controlada: el objetivo de la estimulación ovárica controlada, es conseguir un mayor número de óvulos para aumentar la probabilidad de lograr embarazo viable. La estimulación de los ovarios se realiza administrando medicamentos y hormonas orales y/o inyectables cuya dosis se determinará por monitoreo ecográfico y/u hormonal en sangre.
2. Aspiración ovocitaria bajo control ecográfico: se realiza mediante la punción del ovario y es guiada mediante ecografía. Este es un procedimiento ambulatorio que requiere de anestesia. La técnica más utilizada es la sedación intravenosa y el agente endovenoso más utilizado es el propofol, por su rápida acción, eliminación, la calidad de despertar que produce y por ser menos emetizante que los anestésicos volátiles.
3. Procesamiento de esperma mediante Swim Up o Percoll/Preparación de gametos (óvulos y espermatozoides).
4. Inseminación de ovocitos/Microinseminación: procedimiento médico a través del cual, una vez obtenidos los óvulos, éstos son colocados en un medio de cultivo especial e inseminados con la muestra espermática ya procesada, para lograr la fertilización. Esta secomprueba horas después mediante la visualización de los pronúcleos.
5. Transferencia Embrionaria: la transferencia de embriones al útero o las trompas es un

MOTTURA
AÑO
Nº 99
MISIONES

procedimiento ambulatorio. Puede realizarse entre el segundo y sexto día de desarrollo embrionario, o diferirse a ciclos sucesivos para aumentar efectividad o disminuir riesgos.

En casos excepcionales, por ser infranqueable su cuello cervical, podrá recurrirse al uso de anestesia para transferir los posibles embriones por medio de dilatación del cuello uterino o esporádicamente laparoscopia.

B) **Consideraciones para el tratamiento de óvulos donados:** los gametos pueden tener procedencia de un procedimiento en fresco o haberse conservado criopreservados. Además, su origen, muchas veces corresponde a bancos proveedores tercerizados y externos a PROTEALAB.

En este caso los gametos provienen de .....
.....

1. Estimulación endometrial receptora: La receptora realiza preparación del endometrio mediante medicación hormonal oral, inyectable, dérmico y/o vaginal. Los medicamentos empleados incluyen un prospecto que la paciente debe consultar, teniendo la posibilidad de solicitar al personal sanitario del Centro cualquier aclaración al respecto. En algunos casos, las técnicas habituales de reproducción pueden complementarse con otros procedimientos sobre los gametos o embriones destinados a mejorar la capacidad de implantación embrionaria.
2. Estimulación ovárica de la donante.
3. Aspiración ovocitaria bajo control ecográfico de la donante.
4. Procesamiento de esperma mediante Swim Up o Percoll/Preparación de gametos (óvulos y espermatozoides).
5. Inseminación de ovocitos: los ovocitos son inseminados (FIV) o inyectados (ICSI) con los espermatozoides para que la fecundación ocurra en el laboratorio desarrollando el cultivo in vitro.
6. Transferencia Embrionaria: la transferencia de embriones al útero o las trompas es un procedimiento ambulatorio. Puede realizarse entre el segundo y sexto día de desarrollo embrionario, o diferirse a ciclos sucesivos para aumentar efectividad o disminuir riesgos.

   En casos excepcionales, por ser infranqueable su cuello cervical, podrá recurrirse al

LIO MOTTURA
IBANO
RJ Nº 99
- MISIONES

uso de anestesia para transferir los posibles embriones por medio de dilatación del cuello uterino o esporádicamente laparoscopia.

RIESGOS GENERALES

a. Riesgos de la estimulación ovárica:

- Reacciones adversas y/o alérgicas y/o intolerancia a la medicación (riesgo de la estimulación ovárica y endometrial).
- Dolor de cabeza, cambios en el estado de ánimo, inflamación abdominal, dolor abdominal, edema, entre otros.
- Riesgo de cáncer de ovario, mama, endometrio, tiroides y melanoma. Aunque se sugiere una relación entre el uso de los fármacos y el riesgo de cáncer, no existen estudios epidemiológicos que lo demuestren.
- En algunos casos, la respuesta de la estimulación, luego de la aplicación de inyecciones, puede resultar nula o muy baja, o excesivamente alta. Por consiguiente, el ciclo puede suspenderse antes de realizar la aspiración de los óvulos, por respuesta inadecuada.
- Torsión de ovario: El ovario hiperestimulado puede duplicar o triplicar el tamaño de un ovario normal. El peso aumentado y la inflamación abdominal, puede facilitar su torsión originando intensos dolores o cólicos. Puede ser una emergencia médica que requiere atención inmediata. El tratamiento de esta situación es quirúrgico, por laparoscopía para destorcer el ovario, o en muy pocos casos extirparlo.
- Por respuesta excesiva a la estimulación: síndrome de hiperestimulación ovárica (SHEO). Es una respuesta exagerada del ovario, en que el número de folículos en crecimiento es mucho mayor que el deseado. Su probabilidad está aumentada en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico.

  Ocurre entre el 2 al 5 % en su variedad severa, presentando dolor y/o distensión abdominal, aumento del tamaño ovárico, náuseas, vómitos, edemas, ascitis, pudiendo requerir hospitalización.

  En los casos más graves, podría presentarse orina oscura, micción menos frecuente, sed excesiva, piel seca, cabello seco, aumento de peso importante, dificultad para respirar, dolor en el pecho, dolor en la parte inferior de las piernas, retención de líquido en el abdomen y el pulmón.

- Por respuesta insuficiente a la estimulación: riesgo de cancelación del tratamiento.

b. Riesgos de la anestesia:

- Efectos secundarios: dolor a la inyección en el 30-40% de los casos, y un descenso de la tensión arterial entre un 20-30% de las cifras basales.
- La incidencia de complicaciones mayores por la anestesia es mínima (hipoventilación, aspiración de contenido gástrico, muerte), pudiéndose presentar con relativa frecuencia complicaciones menores como inflamación de vena, náuseas, vómitos, cefalea, hipotensión, bradicardia, somnolencia persistente y fatiga.

c. Riesgos en la aspiración de ovocitos (ocurren entre el 0,5-2,8% de los casos).

- La aguja de aspiración puede producir lesiones en los órganos pélvicos provocando complicaciones. Las más importantes son hemorragia, lesiones de estructuras pélvicas como uréteres, intestino y vasos pelvianos, hemorragia ovárica e infección pélvica. Otras complicaciones menos frecuentes son torsión de un anexo, ruptura de quistes e incluso osteomielitis vertebral (infección de vértebra).
- Hemorragia: La pérdida de unos 230 cc a las 24 horas post-aspiración folicular, se considera normal. Un sangrado más serio intra-abdominal es el hemoperitoneo y se da en 0,06-0,08% de los casos, consecuencia de lesiones sangrantes en el ovario o de traumatismos de vasos y/o de órganos pélvicos (útero, vejiga, colon). La lesión de los vasos ilíacos requiere laparoscopia o laparotomía de emergencia.
- La hemorragia vaginal proveniente de los sitios de punción corresponde a la complicación más frecuente derivada de este procedimiento, observándose hasta en un 8,6% de las aspiraciones foliculares. Además de los vasos vaginales, la aguja de aspiración folicular puede también lesionar el pedículo ovárico, arterias uterinas, vasos iliacos y sacros medios.
- Daño al tracto urinario: La lesión de las estructuras urinarias ubicadas a nivel pelviano, vejiga urinaria y uréteres, son excepcionales. La presentación aguda puede incluir dolor pélvico, disuria y pérdida de orina por vía vaginal. En el caso de las presentaciones tardías se suele sumar fiebre, signos de irritación peritoneal e infección urinaria.
- Perforación vaginal.
- Infección genital.

APERTURA
AÑO
99
MISIONES

- Infección pélvica: excepcionalmente (frecuencia del 0,007%).
- Otra complicación infecciosa menos frecuente es la apendicitis aguda producto de una perforación apendicular.
- Lesión pélvica: La aguja de punción puede lesionar estructuras pélvicas como intestino, uréteres, vasos pélvicos o nervios. Perforación de apéndice.
- Lesión del uréter y obstrucción de la uretra: dada la posición anatómica de los uréteres, ya que la identificación de las estructuras en esta región es difícil, especialmente cuando se aplica presión con la sonda vaginal para mejorar la imagen del ovario.
- Complicaciones neurológicas como paresias (debilidad muscular leve a moderado) y parestesias (sensaciones de cosquilleo, calor o frío y adormecimiento) en una pierna tras aspiración folicular.
- Puede ser que no se obtengan ovocitos en la punción folicular y se indique discontinuar el tratamiento.

d. **Fallas completas en la fertilización** (en 10 a 30% de pacientes) en un grupo de ovocitos o en su totalidad (5%). Podría ocurrir que no se logren embriones viables para transferir por falla de fertilización o falta de desarrollo de los mismos con la consecuente suspensión de la transferencia embrionaria.

e. **Riesgos de la Transferencia Embrionaria:**

- Dolor leve o el desarrollo de alguna infección.

f. **Vinculados al embarazo:** embarazo múltiple (30%), embarazo ectópico 4% (implantación fuera del útero), anomalías congénitas, genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia, aborto (similar a los embarazos naturales: entre el 10-20% durante el primer trimestre de gestación).

- Las complicaciones maternas más importantes asociadas a la gestación múltiple, son la presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, la diabetes gestacional y el parto pre término. Existe un riesgo mayor de prematuridad, independientemente de la edad materna y del número de fetos. La placenta previa es otra de las complicaciones.
- En cuanto a los fetos, es más frecuente el retraso en el crecimiento y la asincronía en

D. MOTTURA
ANO
Nº 99
MISIONES

el desarrollo de los mismos. La muerte de uno o más fetos es bastante común, alcanzando un 25% durante el primer trimestre de gestación en los casos de gestación múltiple.

- La gravedad de estas complicaciones se incrementa de manera paralela al número de fetos. La gestación múltiple se asocia, igualmente, a un aumento de las dificultades sociales, económicas y laborales de los padres.

- Las pacientes de edad avanzada con abortos previos, síndrome de ovarios poliquísticos o con síndrome de hiperestimulación ovárica, tienen un mayor riesgo de aborto.

g. **Riesgos en mujeres de edad avanzada.** En las mujeres de más de 37 años se incrementan de forma notable las complicaciones durante la gestación pudiendo repercutir en su salud o en la de la futura descendencia.

Las complicaciones más frecuentes en este caso son gestosis, diabetes, insuficiencia renal, aborto, parto prematuro y malformaciones.

h. **Riesgos en niños nacidos**

- Anomalías congénitas, enfermedades genéticas, hereditarias e infecciosas, a pesar del uso de gametos donados, a lo que se llama riesgo residual.

- Complicaciones durante el embarazo y el parto.

- Mayor riesgo de anomalías genéticas en ICSI por probables factores predisponentes en el varón (entre 1,4% y 3,5%). Se ha observado que en casos de esterilidad masculina severa hay un leve incremento de la proporción de anomalías cromosómicas en la descendencia debido a anomalías que presentan los progenitores.

- Riesgo de malformaciones congénitas: hipospadias, defectos genitourinarios, defectos del tubo neural, defectos gastrointestinales, defectos musculo esqueléticos y cardiovasculares, entre otros. No hay evidencia suficiente para afirmar que el mayor riesgo de malformaciones congénitas en los niños nacidos de técnicas de reproducción asistida se deba a la propia técnica y no a la causa de la esterilidad o a los propios gametos.

i. El consumo de tabaco y las alteraciones importantes del peso corporal aumentan el riesgo de complicaciones durante el procedimiento, con frecuencia obligan adaptar el tratamiento necesario para la transferencia embrionaria.

j. **Riesgos Psicológicos:** síntomas de ansiedad y síntomas depresivos, tanto en el hombre como en la mujer. En algunos casos, pueden surgir dificultades en la relación de pareja (sexual y emocional) y niveles elevados de ansiedad en el período de espera entre la aplicación de la técnica y la confirmación de la consecución o no del embarazo, así como ante los fallos repetidos de la técnica.

k. Otras complicaciones derivadas de las características clínicas del caso concreto.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de este caso particular, se podría asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser:.....
.....
.....
.....

Los gastos que demanden las eventuales complicaciones no están a cargo de PROTEA.

ESTADÍSTICAS DE EFECTIVIDAD

Si bien el resultado para cada caso en particular depende de los factores individuales de los/las pacientes, la probabilidad de obtener un embarazo clínico es de un 25% por ciclo, pudiendo ser de 50% en pacientes menores de 35 años, y de 15% en pacientes entre 40 y 42 años, y siendo menor al 2% a partir de los 43 años.

De estas cifras se deduce que el tratamiento no asegura la obtención del embarazo. En caso de personas receptoras de óvulos la tasa de embarazo es independiente de la edad, oscila entre 30% y 50% por ciclo de transferencias.

ASPECTOS LEGALES

De Carácter General: El Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida está regulado por la Ley N° 26.862 y reglamentado por el Dto. 956/2013, que contempla la donación de gametos. Conforme el Nuevo Código Civil y Comercial, para llevarlas a cabo se requiere del consentimiento previo, informado y libre de las personas que se someten al uso de esas técnicas, que debe renovarse cada vez que se procede a la utilización de gametos o embriones.

El consentimiento es libremente revocable mientras no se haya producido la concepción en la persona o la implantación del embrión. La revocación del consentimiento, se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico interviniente manifestando de manera

MOTTURA
NO
Nº 99
MISIONES

expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento y no continuar con el procedimiento.

Los nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos.

Cuando se utilicen gametos de terceros, no se genera vínculo jurídico alguno con éstos, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales en los mismos términos que la adopción plena.

La información relativa a que la persona ha nacido por el uso de técnicas de reproducción humana asistida con gametos de un tercero (aunque sin identificar al donante) constará en el correspondiente legajo base para la inscripción del nacimiento.

Caso de Utilización de Gametos Procedentes de Donante: En la donación con fines reproductivos la donación es voluntaria, gratuita, anónima y altruista y requiere del consentimiento escrito específico previo, conforme Nuevo Código Civil y Comercial.

El Nuevo Código Civil y Comercial establece que a petición de las personas nacidas a través de las técnicas de reproducción humana asistida, puede obtenerse del centro de salud interviniente información relativa a datos médicos del donante, cuando es relevante para la salud; y que podrá revelarse la identidad del donante, por razones debidamente fundadas, evaluadas por la autoridad judicial por el procedimiento más breve que prevea la ley local.

Si bien ciertos aspectos relacionados con la donación de gametos aún no han sido regulados específicamente en la Argentina, la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) recomienda las siguientes pautas que aplican al presente, a saber: Los gametos obtenidos para donación provendrán de personas mayores de edad. Debe mantenerse el anonimato entre el donante y el receptor de los gametos y que no los una ningún tipo de vínculo.

Todas las personas concebidas por técnicas de reproducción asistida con gametos donados tienen el derecho a conocer su origen genético. La donación de gametos debe ser altruista y anónima. Las personas concebidas por gametos donados y los donantes de gametos deben ser protegidas de las probables consecuencias de tener muchos hermanos e hijos genéticos, por lo que los gametos provenientes de un mismo donante deben ser usados por un número limitado de receptoras. Las personas que conciben a través del uso de gametos donados tienen derecho a contar con información clínica relevante del donante para un correcto cuidado de la persona nacida.

NOTTURA
NO
Nº 99
MISIONES

PROTEALAB

La persona receptora cuando hayan prestado su consentimiento formal, previo y expreso a determinada práctica de fertilidad con contribución de donante, no podrá impugnar la filiación del hijo nacido como consecuencia de tal procedimiento.

Destino de Embriones: La cantidad de embriones a ser transferidos (1, 2 o 3 en casos excepcionales) es una decisión y responsabilidad del equipo profesional/centro interviniente según sea adecuado para el logro del embarazo, a fin de evitar los riesgos ocasionados por los embarazos múltiples y resguardar la salud de quien gesta.

Los preembriones viables no implantados de un ciclo de fecundación in Vitro podrán ser conservados en nitrógeno líquido.

Así, solicito que (marcar la opción que corresponda):

☒ Se generen embriones viables, que por los motivos anteriormente expuestos no deban ser transferidos, para ser criopreservados (ver consentimiento informado de criopreservación de embriones).

☐ No se criopreserven embriones, por lo que el centro inseminará un máximo de óvulos igual al número de embriones que será transferido en el útero.

El destino de los preembriones congelados puede ser: 1) Su utilización posterior; 2) La donación con fines reproductivos a terceras personas; 3) La donación con fines de investigación; 4) El cese de su conservación sin otra utilización al finalizar el plazo máximo de conservación.

Su utilización podrá efectuarse en cualquier momento mientras la persona gestante reúna los requisitos clínicamente adecuados para la realización de la técnica de reproducción asistida (lo que constituye el plazo máximo de conservación).

En el caso de Donación con Fines Reproductivos, Con Fines de Investigación y/o Cese de conservación, y al no existir regulación específica, todo ello procederá en la medida que dichas opciones no se opongan a la regulación dictada o que pudiera dictarse en el futuro. En su defecto, los mentados destinos deberán ser dispuestos con intervención de la Autoridad competente, en cuyo caso se libera a PROTEA de toda tramitación al efecto.

ALTERNATIVAS ANTE EL FRACASO DE LA TÉCNICA

Si después de haber realizado varios tratamientos con recepción de gametos donados no se ha conseguido el embarazo, puede ser aconsejable adoptar, tras la oportuna reflexión, alguna de las siguientes alternativas:

- Volver a iniciar el tratamiento.

- Profundizar en estudios complementarios.
- Aplicar modificaciones a la técnica utilizada.
- Realizar un diagnóstico genético preimplantacional (DGP).
- Realizar nuevos tratamientos con gametos donados.
- Desistir de los tratamientos de reproducción asistida.

INFORMACIÓN OBTENIDA

- He tenido oportunidad de consultar al equipo profesional interviniente y aclarar las dudas con relación al tratamiento, sus riesgos, beneficios y eventuales complicaciones en relación al procedimiento al que accedo.
- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje adecuado, claro y sencillo.
- He leído y he comprendido la información brindada precedentemente en relación al tratamiento al que me someto en el marco de un proyecto monoparental.
- Comprendo perfectamente que no se me garantiza la obtención del embarazo a través del procedimiento, por lo que renuncio expresamente a efectuar reclamo alguno en caso de no resultar exitoso.
- He leído y comprendo la posibilidad de que se produzca un embarazo múltiple, alteraciones en el embarazo o que el recién nacido pueda sufrir alguna enfermedad genética, hereditaria o infecciosa.
- He comprendido que los gametos (espermatozoides y/u óvulos) provienen de una donación y que no se garantiza la completa inexistencia de enfermedades familiares genéticas, hereditarias o infecciosas del/la donante.
- He leído y comprendo que muchas veces alguno o ambos gametos provienen de bancos proveedores tercerizados y externos, por lo que renuncio expresamente a efectuar reclamo alguno y eximo de responsabilidad a PROTEALAB.
- He sido informada/o que todos los datos médicos relativos a este tratamiento son confidenciales, incluyendo los vertidos en la historia clínica, como así los estudios complementarios y/o imágenes, conforme lo establecido en el artículo 2 inc. d) de la Ley N° 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud modificada por la Ley N° 26.742, Dto. Reglamentario N°

MOTTURA
99
MISIONES

1089/2012 y en los artículos 8 y 10 de la Ley N° 25.326 sobre Protección de Datos Personales, concordantes y modificatorias.

- He sido informada/o que puedo obtener, en cualquier momento, copia de mi historia clínica.
- He sido informada/o y consiento que los datos no identificatorios sobre los resultados del presente tratamiento sean reportados a diferentes registros nacionales e internacionales con finesestadísticos y/o científicos, de conformidad con las leyes que así lo dispongan.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que los embriones resultantes de este tratamiento y técnica de reproducción humana asistida de alta complejidad a realizar con gametosdonados, se me transfieren a los fines de lograr un embarazo.
- Determinación de la filiación: Se me ha informado debidamente y he comprendido los alcances de la regulación vigente. Que el vínculo jurídico filial con la persona nacida de este tratamiento queda determinado por la voluntad procreacional instrumentada en el presente consentimiento, conforme lo dispuesto en el artículo 562 del Código Civil y Comercial de la Nación. Los hijos nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y de quien preste su consentimiento previo, informado y libre, con independencia de quien haya aportado los gametos.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que no es admisible la impugnación de la filiación de los hijos nacidos a partir de la realización del tratamiento que aquí se consiente en virtud de los artículos 577 y 588 (tercer párrafo) del Código Civil y Comercial de la Nación.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que la persona nacida de este tratamiento con esta técnica no posee ningún vínculo jurídico respecto del/la donante, excepto a los fines de los impedimentos matrimoniales conforme lo dispuesto en el artículo 575 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que a los fines de proceder a la inscripción de la/s persona/s nacida/s mediante el empleo de este tratamiento con esta técnica de reproducción humana asistida, ante el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas correspondiente, se deberá acompañar el presente consentimiento informado, el cual previamente deberá ser protocolizado ante Escribano Público Nacional o bien certificado ante la autoridad sanitaria correspondiente a la jurisdicción, conforme lo dispuesto por el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Quedando a mí cargo el diligenciamiento y las erogaciones de su protocolización o certificación ante la autoridad sanitaria como efecto derivado de la determinación de la filiación de los niños nacidos por el uso de este tipo de procedimientos médicos.

- Embriones: Se me ha informado y he comprendido que la cantidad de embriones a ser transferidos (1, 2 o 3 en casos excepcionales) es una decisión y responsabilidad del equipo profesional/centro interviniente según sea adecuado para el logro del embarazo, a fin de evitar los riesgos ocasionados por los embarazos múltiples y resguardar la salud de quien gesta.
- Consiento que (marcar la opción que corresponda):
  - ☑ Se generen embriones viables para ser criopreservados.
  - ☐ No se criopreserven embriones.
- **Renovación del consentimiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que el presente consentimiento es válido sólo para la generación de estos embriones y para su consecuente e inmediata transferencia. En caso de existir embriones sobrantes, el consentimiento debe renovarse ante cada futuro procedimiento, conforme lo dispuesto en el artículo 560 del Código Civil y Comercial de la Nación, siendo este nuevo consentimiento el correspondiente para la inscripción del nacimiento ante el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, previa protocolización o certificación de conformidad con lo dispuesto en el art. 561 del Código Civil y Comercial.
- **Revocación del consentimiento:** Se me ha informado debidamente y he comprendido que puedo revocar el presente consentimiento hasta antes de efectuada la transferencia embrionaria, en virtud de lo establecido en el artículo 7 de la Ley N° 26.862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Medicamente Asistida y su Dto. Reglamentario N° 956/2013 (art. 7), concordantes y modificatorias y lo dispuesto en el artículo 561 del Código Civil y Comercial de la Nación.

  En dicho caso, se deberá establece el destino de los embriones preexistentes.
- Se me ha informado debidamente y he comprendido que para la revocación del consentimiento se debe notificar de manera fehaciente y por escrito al centro médico interviniente manifestando de manera expresa la voluntad de revocar el presente consentimiento y no continuar con el procedimiento de FIV/ICSI.
- Carácter de la donación: Se me ha informado debidamente y he comprendido que los

gametos donados provienen de una donación (marque lo que corresponda):

☒ Anónima

☐ No anónima

Para el caso de que sea anónima, desconozco la identidad del/la donante, como así también que el/la donante carece de información sobre mi persona. No obstante, comprendo que en circunstancias de estar en riesgo la salud de la persona nacida por medio de ésta técnica con utilización de gametos donados podrían darse a conocer los datos médicos del/la donante, no así sus datos identificatorios, excepto previa autorización judicial de conformidad con lo dispuesto por el artículo 564 del Código Civil y Comercial de la Nación.

- Se me ha informado debidamente y he comprendido que no es admisible el reconocimiento por parte del/la donante ni el ejercicio de acción de filiación o de reclamo jurídico alguno respecto del niño nacido, en virtud del artículo 577 del Código Civil y Comercial de la Nación.

- Deber de informar: Se me ha informado debidamente y he comprendido la importancia de hacerle saber a mi hijo/a que ha nacido de técnica de reproducción humana asistida con gametos donados, por encontrarse comprometido su derecho a la identidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 563 y 564 del citado Código Civil y Comercial de la Nación.

En este marco, habiéndoseme brindado de manera clara, precisa y adecuada la información del tratamiento, los riesgos, beneficios y eventuales complicaciones, y comprendiendo los términos del presente, solicito, autorizo y consiento que PROTEA LAB SRL CUIT 30-71576197-8 a través de sus profesionales designados me efectúen un procedimiento de reproducción humana asistida de alta complejidad.

Para el supuesto de suscitarse conflictos judiciales en la interpretación del presente documento, acordamos someternos a la jurisdicción de los tribunales de Resistencia, Provincia del Chaco.

DATOS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO.

Paciente:

MOTTURA
MISIONES

PROTEALAB

Apellido y Nombre: Floribal, Rocio Alejandra DNI: 35.015.234

Fecha de nacimiento: 23/12/1990 Teléfono de contacto: (376) 154 218722

Correo electrónico: rocioflorribal@gmail.com

Médico:

Apellido y Nombre: DNI

Matrícula:

Dra. MARIA JULIA AVANZA
Tocoginecología
M.P. 4021 Ctes. - M.P. 5340 Chaco

Certifico que antes del inicio del tratamiento y previo a que el paciente firme este documento:

1. Alguno de los miembros del equipo ha entregado información necesaria y suficiente para que el paciente tome su decisión.
2. Me he reunido con el/la paciente para discutir la información, le he dado la oportunidad de preguntar y pienso que he respondido satisfactoriamente a todas sus dudas. Creo que la paciente ha entendido suficientemente lo que se le ha explicado y ha consentido libremente en pleno uso de sus facultades mentales en realizar el tratamiento propuesto.

En este acto se firman 3 (tres) ejemplares del presente consentimiento, 2 (dos) de los cuales son entregados al/la paciente firmante.

Dra. MARIA JULIA AVANZA
Tocoginecología
M.P. 4021 Ctes. - M.P. 5340 Chaco

Floribal, Rocio Alejandra .....

Firma y aclaración (Paciente) Firma médico o responsable Establecimiento Sanitario

MINISTERIO DEL INTERIOR
CERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO

MEDIANTE EL PRESENTE, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HA ASISTIDO EL PARTO DE:

DATOS DE LA MADRE

APELLIDO/S: Floubal
NOMBRE/S: Rocio Alejandra
NACIONALIDAD: Argentina — EDAD: 23
PRESENTA DOCUMENTO: (SI) NO — TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: 35015234
DOMICILIO: El molino s/N.

SIENDO EL PARTO: SIMPLE [X] DOBLE [ ] MÚLTIPLE [ ], DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: [ ]

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

SEXO: Masculino — FECHA DE NACIMIENTO: 09-12-2024
PESO AL NACER: 3160 — HORA DEL NAC.: 11 HORAS, 50 MINUTOS
EDAD GESTACIONAL: 38 SEMANAS
LUGAR DEL NACIMIENTO: Sanatorio Boratti
NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: Floubal Elias Ryan

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponda) **ESTABLECIMIENTO SANITARIO** [ ] **DOMICILIO** [ ]

ESTABLECIMIENTO SANITARIO
NOMBRE: Sanatorio Boratti
DOMICILIO: mtre 2339

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:

ABRA POR AQUÍ

IMPRESION PULGAR DERECHA DE LA MADRE

IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO

ABRA POR AQUÍ

INSTRUCCIONES DE USO:
LEVANTE LA SOLAPA CORRESPONDIENTE Y TRANSFIERA LA IMAGEN DACTILAR EN UN SOLO CONTACTO, LUEGO CIERRE LA SOLAPA.

FIRMA DE LA MADRE

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES:

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: Posadas *PROVINCIA DE:* Misiones *A LOS* 09 *DÍAS DEL MES DE* Diciembre *DE 20* 24.-

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:

MEDICO O PARTERA/O
APELLIDO/S: Andorno
NOMBRE/S: Rosa de los Angeles
MATRICULA PROFESIONAL: 4805

AGENTE SANITARIO
APELLIDO/S:
NOMBRE/S:
MATRICULA:

Dra. Andorno M. de los Angeles
Esp. Ginecologia y Obstetricia
M.P. 04805
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO O PARTERA O AGENTE SANITARIO

SANATORIO BORATTI S.R.L.
Nº CUIT: 30-62538084-3
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO

CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD

NOTIFICACIÓN DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO

APELLIDO Y NOMBRE: Andorno Rosa de los Angeles
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: 30377230
INSTITUCIÓN: Sanatorio Boratti

Dra. Andorno M. de los Angeles
Esp. Ginecologia y Obstetricia
M.P. 04805
FIRMA DEL NOTIFICADOR

16

Diciembre 24

4469-A-24 99

22965

Descripción de nacimiento IN VITRO
FLORIDAL GLAS RYW

17 86 2024

Folio Año

4 102

Trámite

ELOISA NACI SOSA
Jefa Depto. Inspectoría
Registro Provincial de las Personas