

Apellido y Nombre de Paciente: *Piedad Deiana Jofre*
Médico: *Porresi Luciano*

IFER
Instituto de Ginecología y Fertilidad
Marcelo T. de Alvear 2259, 7° piso
C1122AAI Buenos Aires
Argentina
Tel.: 5411 5777 2500

Buenos Aires, *22* de *Sept* de 20*25*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA:
DESCONGELAMIENTO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA CON MATERIAL
PROPIO. PAREJA**

**1) INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE LA TÉCNICA DE TRANSFERENCIA
EMBRIONARIA**

Definiciones

- **Descongelamiento embrionario:** procedimiento mediante el cual un embrión criopreservado y almacenado en nitrógeno líquido, es descongelado e hidratado nuevamente para recuperar sus funciones celulares.
- **Transferencia embrionaria:** procedimiento médico mediante el cual los embriones cultivados in vitro son transferidos al útero para su implantación en el endometrio (capa interna del útero).
- **Fecundación in Vitro y transferencia intrauterina de embriones FIV-ET:** es un tratamiento de reproducción humana asistida de alta complejidad.
- **PROST:** transferencia de embriones a las trompas.
- **ICSI:** inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI) es una técnica de microinseminación: introducción de un espermatozoide dentro del citoplasma ovular.
- **Gametos:** entiéndase por gameto/s a la/s célula/s masculinas o femeninas, denominadas en adelante espermatozoide/s y óvulo/ovocitos respectivamente, responsables de la reproducción.

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.

Particularidades de la técnica

El cultivo extracorpóreo para su transferencia intrauterina, requiere estrictos controles de calidad para el logro de la efectividad clínica, necesidad de equipo multidisciplinario, cumplimiento de estándares de calidad, y laboratorio de embriología de alta complejidad.

Etapas del procedimiento

- a) Procedimiento de descongelamiento: es el procedimiento mediante el cual uno o más embriones criopreservados y almacenados en nitrógeno líquido son sucesivamente hidratados y llevados a temperaturas fisiológicas para luego ser transferidos. Se realiza por métodos lento o ultrarápido (desvitrificación).
- b) Preparación endometrial: con fármacos orales y monitoreo ecográfico y/u hormonal en sangre.
- c) Procedimiento de transferencia: consiste en la reposición de los embriones en el útero de la persona mediante una cánula de transferencia, luego de su cultivo en laboratorio. Se trata de un procedimiento ambulatorio a realizarse entre el segundo y sexto día de desarrollo embrionario. En casos seleccionados los embriones se pueden transferir a las trompas, para lo cual se requiere de anestesia general.

Riesgos Generales

- A) Consideraciones generales:
- A.1. Descongelamiento: existe riesgo de no supervivencia de los embriones al descongelamiento, siendo este riesgo menor al 20%. En el supuesto caso de no supervivencia de ningún embrión, la transferencia será cancelada.
 - A.2. Transferencia: existe riesgo de infección, hemorragia o la imposibilidad de transferencia por variables anatómicas, siendo este riesgo menor al 5%.
Podría ocurrir que no se logren embriones viables para transferir por falta de desarrollo de los mismos con la consecuente suspensión de la transferencia embrionaria.
 - A.3. Vinculados al embarazo: embarazo múltiple (20%), embarazo ectópico 4% (implantación fuera del útero), anomalías congénitas, genéticas (menor a 2%). El riesgo de anomalías congénitas, enfermedades genéticas y complicaciones durante el embarazo y el parto son similares al de la población general. Puede existir un mayor riesgo de anomalías genéticas si los embriones fueron obtenidos mediante ICSI por probables factores predisponentes en el varón.

B) Riesgo

Debido a
asociar a

Result

Si bien
pacien
ciclo, p
años,
asegu

Infor

con r
proce
proce

ser

co

y/c

de

N

P

•

p

e

2

2

CERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO
 Vicejefatura de Gabinete del Interior
 Jefatura de Gabinete de Ministros

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

DATOS DE LA MADRE	APELLIDO/S: <u>Reidel</u>	EDAD: <u>33 años</u>
	NOMBRE/S: <u>Luciana Soledad</u>	
	NACIONALIDAD: <u>Argentina</u>	
	PRESENTA DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>36458234</u>	
DOMICILIO: <u>Larrea N°174, Obva.</u>		

SIENDO EL PARTO: SIMPLE DOBLE MÚLTIPLE DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: 1


DATOS DEL RECIÉN NACIDO	SEXO: <u>masculino</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>02.02.96</u>
	PESO AL NACER: <u>2,600</u>	HORA DEL NAC.: <u>11</u> HORAS, <u>31</u> MINUTOS
	EDAD GESTACIONAL: <u>38</u> SEMANAS	
	LUGAR DEL NACIMIENTO: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>	
	NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: <u>Klingbeil, Mateo Giuliano.</u>	

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponda)


ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>	ESTABLECIMIENTO SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	DOMICILIO
	DOMICILIO: <u>Mitre 2330</u>		

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:

ABRA POR AQUI



IMPRESION PULGAR DE LA MANO DERECHA



IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO

ABRA POR AQUI

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

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES: _____ FIRMA DE LA MADRE _____

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: Posadas PROVINCIA DE: Misiones
 POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE: A LOS 02 DÍAS DEL MES DE 02 DE 20 96

MEDICO O PARTERANO	APELLIDO/S: <u>Irazabal</u>
	NOMBRE/S: <u>Julio</u>
	MATRICULA PROFESIONAL: <u>3706</u>

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: <u>Riedel</u>	EDAD: <u>33 años</u>
	NOMBRE/S: <u>Dariana Soledad</u>	
	NACIONALIDAD: <u>Argentina</u>	
	PRESENTA DOCUMENTO SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>36458234</u>	
DOMICILIO: <u>Larrea N° 174, Obera, Mns</u>		

SIENDO EL PARTO: SIMPLE <input type="checkbox"/> DOBLE <input checked="" type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/>		DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: <u>2</u>
SEXO: <u>masculino</u>	FECHA DE NACIMIENTO: <u>09.09.96</u>	
PESO AL NACER: <u>3,300</u>	HORA DEL NAC.: <u>11</u> HORAS, <u>35</u> MINUTOS	
EDAD GESTACIONAL: <u>38</u> SEMANAS		
LUGAR DEL NACIMIENTO: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>		
NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: <u>Klingbeil, Joaquín Emilio.</u>		

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponda)		
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>	DOMICILIO: <u>mitre 1330</u>
		<input checked="" type="checkbox"/>

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:

ABRA POR AQUI



IMPRESION PULGAR DERECHA DE LA MADRE

IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO



ABRA POR AQUI

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

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES:

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: Pasados PROVINCIA DE: Misiones
 A LOS 09 DIAS DEL MES DE 09 DE 20 96

MEDICO PARTERO	APELLIDO/S: <u>Irrazabal</u>
	NOMBRE/S: <u>Julio Ernesto</u>
	MATRICULA PROFESIONAL: <u>3706</u>

AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S: <u>Irrazabal</u>
	NOMBRE/S: <u>Julio Ernesto</u>
	MATRICULA: <u>3706</u>

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PARTERO Y AGENTE SANITARIO DR. JULIO ERNESTO IRRAZABAL TOCOGINECOLOGIA M.P. 3706	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO SANATORIO BORATTI S.R.L. N° CUIT: 30-625380843	CERTIFICACION DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD
--	--	---

NOTIFICACION DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO		
APELLIDO Y NOMBRE: <u>Irrazabal Julio Ernesto</u>		
TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>29.835.796</u>		
INSTITUCION: <u>Sanatorio Boratti SRL</u>	FIRMA DEL MEDICO PARTERO DR. JULIO ERNESTO IRRAZABAL TOCOGINECOLOGIA M.P. 3706	