



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE LA
OVULACIÓN
MSP - URUGUAY**

Fecha: _____

Usuario/a (nombre y apellidos) _____ de _____ **años de edad.**

Con domicilio en _____ **Cédula de identidad:** _____

Me ha sido explicada la posibilidad de conseguir un embarazo por fecundación natural mediante el sometimiento previo a un tratamiento inductor de la ovulación.

En mi caso la indicación para el citado tratamiento viene determinada por:

Consiste en administrar unos fármacos que promueven la maduración y la liberación de óvulos por el ovario. Dicho tratamiento está indicado cuando existe un fallo en el funcionamiento ovárico que no permite la ovulación periódica.

Procedimiento

Hay fármacos que se pueden administrar por vía oral y otros mediante inyecciones subcutáneas o intramusculares. El tratamiento suele empezar pocos días después de iniciada la menstruación y precisa que se establezcan controles ecográficos seriados (seguimiento folicular) para tratar de ajustar adecuadamente la dosis empleada.

Resultados

Dependen de la indicación y del fármaco empleado pero pueden obtenerse tasa de ovulación de alrededor del 80%.

Riesgos

Los principales riesgos de este procedimiento terapéutico son:

- Embarazo múltiple (más de dos fetos), es una complicación potencialmente grave. Supone riesgos durante el embarazo y parto para la madre y riesgo de complicaciones para el feto, principalmente derivados de la prematuridad.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica. Consiste en una respuesta exagerada al tratamiento de inducción de la ovulación. Pudiendo llevar a la acumulación de líquido en el abdomen y excepcionalmente a alteraciones de la función renal y hepática.
- Embarazo ectópico que consiste en el desarrollo de una gestación fuera del útero con los consiguientes complicaciones.
- Riesgos psicológicos: Se describen en ocasiones aparición de trastornos psicológicos como ansiedad y síntomas de depresión.

Aspectos generales relacionados con la reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida tienen como finalidad fundamental la actuación médica ante la esterilidad humana, para facilitar la procreación.

Sólo pueden llevarse a cabo cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o de la posible descendencia; y siempre en mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica.

Una vez leído y comprendido lo anterior **quedamos informados de:**

- La indicación, procedimiento, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones del tratamiento propuesto.
- Que los procedimientos pueden ser cancelados en cualquier momento de su realización, bien por razones médicas, bien a petición de la interesada, siempre que no suponga daño alguno para los pacientes.
- La disposición del médico para ampliar cualquier aspecto de la información que no haya quedado suficientemente aclarado.

Hemos comprendido:

- las explicaciones que se nos han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que nos ha atendido nos ha permitido realizar todas las observaciones y nos ha aclarado todas las dudas que le hemos

planteado.

La información nos ha sido facilitada con antelación suficiente para que podamos reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente.

También comprendemos que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, podemos revocar el consentimiento que ahora prestamos.

Por ello, manifestamos que estamos satisfechos con la información recibida y que comprendemos el alcance y los riesgos del tratamiento.

Autorización del usuario:

Autorizo al Dr _____ a aplicarme los procedimientos de tratamiento y control necesarios para ser sometido a un tratamiento de inducción de la ovulación

En _____, el _____ de _____ de 20_____

Firmas: Usuario _____ Médico: _____