

Receptora de semen de donante Programa Donante de Identidad Abierta Consentimiento informado

Hoy, _____ del mes de _____ del año 20____, quien firmo al pie del presente instrumento, _____, titular del Documento Nacional de Identidad número _____, quien manifiesto ser mayor de edad, después de haber sido adecuada y previamente informada, manifiesto expresamente mi voluntad de recibir de parte de **CRYOBANK** una muestra de semen criopreservado de donante, dentro del **Programa D.I.A. (Donante de Identidad Abierta)**. Los médicos que determinemos para tal fin, utilizarán en mi tratamiento dicho semen donado con el objetivo de lograr un embarazo.

Por el presente solicito participar en el **Programa Donante de Identidad Abierta** de **CRYOBANK**, bajo el cual recibiré una muestra de semen de donante, quien ha decidido donar dentro del mencionado Programa, dando su consentimiento para que se proporcionen sus datos identificatorios (nombre y apellido, DNI, y fecha y lugar de nacimiento) únicamente a la persona concebida con espermatozoides del donante, si él o ella así lo solicitaran luego de cumplir los 18 años de edad. Hasta ese momento estos datos del donante quedarán resguardados por **CRYOBANK**, durante un lapso de 25 años. **CRYOBANK** se hace responsable del resguardo de dicha información de forma adecuada, pero comprendo que existe siempre una mínima posibilidad de riesgo para la misma debido a la aparición de un hecho de fuerza mayor, que excediera los cuidados que **CRYOBANK** pueda tomar.

CRYOBANK también se compromete a no dar información al donante sobre datos filiatorios de los receptores

DONANTES DE SEMEN: ESTUDIOS

Comprendo que los donantes han respondido un cuestionario sobre su historia médica y la de su familia realizado por **CRYOBANK** y han declarado no tener antecedentes personales ni familiares de enfermedades hereditarias y/o genéticas, y que **CRYOBANK** depende de dichas declaraciones ya que la Institución no realiza investigaciones adicionales para verificar la autenticidad de las mismas.

Comprendo que **CRYOBANK** realiza estudios a los donantes para ser aceptados como tales, de acuerdo a parámetros y lineamientos internacionalmente aceptados, recomendados y requeridos por SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva) y por las Instituciones y organismos relacionados con la Fertilización Asistida más prestigiosos del mundo.

Comprendo que para los donantes, **CRYOBANK** establece como requisitos:

1. Ser mayor de edad.
2. Completar con sinceridad los datos del cuestionario.
3. La realización de los siguientes estudios:
 - Evaluación clínica por el Director Médico (Historia clínica y familiar, examen físico).
 - Espermograma y resistencia a la criopreservación.
 - Consentimiento médico.

- Estudios infectológicos en sangre: HIV, HTLV, Hepatitis B y C, VDRL, Citomegalovirus.
 - Estudios infectológicos en semen: Chlamydia I y II y Gonococo.
 - Estudios genéticos: Cariotipo, panel de 29 mutaciones para FQ. AME (Atrofia Muscular Espinal)
 - Estudios genéticos adicionales: en caso que la paciente sea portadora de una condición genética podrá solicitar estudios genéticos adicionales en algún donante.
4. No haber realizado previamente donaciones en otros bancos de semen.
5. Seguir las indicaciones de **CRYOBANK** para la recolección de la muestra a donar.

Para ser donantes dentro del **Programa D.I.A.** el donante debe firmar además un consentimiento informado específico para el Programa.

Existen aproximadamente más de 1800 mutaciones conocidas para el gen de fibrosis quística. El panel de 29 mutaciones que se realiza en el país, detecta al 77% de los portadores sanos y cumple con las recomendaciones de ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) de realizar las 23 mutaciones más frecuentes. Por lo dicho se entiende que, a pesar de disminuir marcadamente el riesgo de transmitir esta enfermedad, realizando estos estudios es imposible detectar al 100% de los portadores sanos y garantizar la ausencia de todas las mutaciones tanto en el donante como en la receptora. Por lo tanto, un niño podría heredar una mutación indetectable de cada progenitor y manifestar la enfermedad.

Comprendo que las muestras de semen congelado que recibo de **CRYOBANK** cuentan con un período de cuarentena mínimo de 6 meses para HIV con el objeto de descartar la posible seroconversión del potencial donante en ese lapso, repitiendo al final de ese período un estudio de HIV.

Comprendo que si bien **CRYOBANK** garantiza que todos los estudios correspondientes han sido realizados en sus laboratorios de referencia, los exámenes de laboratorio no tienen una precisión de 100% y por lo tanto, **CRYOBANK** no puede garantizar la ausencia de cualquier tipo de enfermedad. Asimismo comprendo que no es posible pre-testear al donante por todas y cada una de las enfermedades conocidas o condiciones que pudieran potencialmente afectar la salud del niño nacido como resultado de la utilización de la muestra de semen que **CRYOBANK** provee.

Se me ha informado que existen estudios genéticos que no se requieren como rutinarios en los lineamientos sobre donación de semen, pero que puedo solicitar a mi costo, si lo deseara.

Comprendo que **CRYOBANK** no puede garantizar que los tratamientos de fertilidad con la utilización de la muestra de semen obtenida resulten en un embarazo y que derivado de tales procedimientos pueden ocurrir las mismas complicaciones de un embarazo normal tales como malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias y/o genéticas, infecciones, abortos espontáneos, entre otros, y que por tal razón **CRYOBANK** no es responsable de esta eventualidad.

Comprendo que otras muestras del mismo donante pueden ser utilizadas por más de una receptora.

CARÁCTERÍSTICAS DEL SEMEN

Existen estudios que prueban que la criopreservación de semen y su posterior descongelación no modifican de ninguna manera la capacidad de fertilización del mismo ni ninguna otra característica que el semen fresco posee.

Existen estudios que demuestran que la utilización de semen previamente crioconservado no causa complicaciones de ningún tipo en el posible embarazo, ni el niño nacido como producto de su utilización. No existen estudios que demuestren que existe un período de tiempo límite para la descongelación de las muestras de semen, ni que el tiempo modifique alguna de las características que los espermatozoides recuperados poseían antes de ser criopreservados.

Comprendo que para la utilización de muestras de un mismo donante, **CRYOBANK** respeta lineamientos nacionales e internacionales referentes al número de nacidos como resultado del uso de muestras de ese donante y el número de habitantes en la población.

Con tal propósito, estoy de acuerdo en brindar a **CRYOBANK** información necesaria para mantener actualizadas las estadísticas sobre número de embarazos y/o niños nacidos con la utilización de una muestra de semen obtenida de **CRYOBANK**.

Comprendo que **CRYOBANK** no puede asegurar que será posible en el futuro obtener una muestra de semen criopreservado del mismo donante.

Comprendo que soy responsable de la muestra una vez que la misma es retirada de **CRYOBANK**. La responsabilidad de **CRYOBANK** por cualquier daño que pudiera ocurrir a la muestra de semen durante su traslado o mantenimiento, se extingue una vez que la muestra es retirada de la Institución o, en su caso, una vez que **CRYOBANK** entrega la muestra a la Clínica donde se realizará el tratamiento o al transporte responsable de realizar dicha entrega.

Comprendo que el traslado de la muestra y su utilización deben realizarse en las condiciones que me fueron explicadas antes de la firma del presente documento.

ASPECTOS LEGALES

Se me ha explicado y comprendo que en su práctica, **CRYOBANK** respeta lo normado por nuestro marco jurídico general y leyes especiales con respecto a la donación de gametas y sigue lineamientos médicos nacional e internacionalmente aceptados.

Según lo antes mencionado, **CRYOBANK** requiere antes de la realización de cualquier procedimiento, el consentimiento previo, informado y libre de todos los intervinientes, dando cumplimiento así a lo requerido por el Código Civil y Comercial en sus arts. 560 y 561, ley 26.862 sobre Reproducción Asistida, en concordancia con la ley 26.529 sobre Derechos del Paciente. El consentimiento debe renovarse cada vez que se realiza un nuevo procedimiento.

Como lo establece el mismo Código, el consentimiento es revocable. Puedo revocarlo hasta el momento anterior a recibir la muestra.

Las características de la donación de semen son la gratuidad, el altruismo y el anonimato, por el cual, en principio, los receptores no tienen información que identifique al donante.

De todas maneras, el Código Civil y Comercial de la Nación en su Art. 564 establece que la clínica podrá revelar información relativa a datos médicos del donante cuando esto fuera de relevancia para la salud del nacido y datos sobre la identidad del donante en caso que un juez así lo decidiera.

En el caso de los donantes para el **Programa D.I.A.** ellos han tomado la decisión de ser parte del Programa, luego de haber reflexionado y con el convencimiento de que la posibilidad de conocer su origen genético es beneficioso para las personas, ya que éste compone un elemento constitutivo de la identidad y que será la propia persona la que determinará el grado de importancia que esta información tendrá en su vida.

Por esta razón, dan su consentimiento para que **CRYOBANK** proporcione sus datos identificatorios (nombre y apellido, DNI, y fecha y lugar de nacimiento) únicamente a la persona concebida con espermatozoides del donante, si él o ella así lo solicitaran luego de cumplir los 18 años de edad.

Asimismo, se me ha informado que de acuerdo con los lineamientos del Código Civil y Comercial Argentino y la ley especial 26.862, el donante no tendrá conocimiento de la identidad de la/los receptores así como tampoco del resultado de la fertilización, existencia o no de embarazo y nacimiento posterior de niños.

Se me informó que la institución podrá revelar detalles de estadística en publicaciones profesionales manteniendo las identidades reservadas y no generando esto, en ningún caso, violación a la confidencialidad de los datos de los intervinientes.

En mi calidad de receptora de semen de donante, manifiesto poseer voluntad procreacional (imprescindible en la determinación de la filiación según el art. 562 del Código Civil y Comercial), voluntad que no posee el donante. Comprendo que el mismo Código establece que el donante no tendrá derecho por lo tanto, a reclamar la filiación del nacido por una técnica en la que se utilizara su semen donado, así como tampoco lo tendrá el nacido con respecto al donante, ya que no se genera ningún tipo de vínculo jurídico entre donante y nacido (Art. 575 Código Civil y Comercial).

La filiación quedará determinada por la firma de un consentimiento para la realización del tratamiento de fertilización asistida y por la inscripción del niño por mi parte, en los términos del Código Civil y Comercial de la Nación en lo que refiere a determinación de la filiación.

La gratuidad y altruismo que caracterizan a la donación implican que el donante no recibirá de **CRYOBANK** ni de mi parte ningún pago por la muestra de semen que donó y que se me entregará.

Siguiendo lineamientos internacionales, **CRYOBANK** compensa a los donantes por los inconvenientes que la donación pudiera causarles.

Entiendo que no se pueden predecir las futuras leyes sobre el tema y que en todos los casos, **CRYOBANK** se acogerá a las mismas, sin que ello implique, por parte de la Institución, ningún acto que pueda considerarse violatorio de mis derechos.

RESPONSABILIDADES

Entiendo que **CRYOBANK** no será responsable de ninguna característica física, mental o genética que pudiera presentar cualquiera de los niños nacidos producto de la donación de semen.

Debido a lo anteriormente expuesto, entiendo la improcedencia de cualquier acción legal y renuncio a entablar acciones tendientes a efectuar cualquier tipo de reclamo civil o penal a los profesionales intervinientes y a **CRYOBANK** de situaciones o complicaciones que pudieran derivarse de la realización de un tratamiento de fertilidad con la utilización de la muestra de semen obtenida de **CRYOBANK**.

Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi hijo sobre su posibilidad futura de obtener la información sobre la identidad del donante. Asimismo comprendo que es responsabilidad de **CRYOBANK** brindar la información sobre el donante una vez cumplidos todos los pasos que requiere el **Programa D.I.A.** pero que no será responsable de lograr el contacto con el donante, ni de los resultados del contacto entre donante y nacido si éste existiera.

REQUISITOS PARA SER RECEPTORA DENTRO DEL PROGRAMA D.I.A.

Se me ha explicado y comprendo que los pasos para participar en el **Programa Donante de Identidad Abierta (D.I.A.)** son:

1. Solicitud de muestra de donante bajo la modalidad del programa (orden médica) para reproducción asistida (inseminación artificial o fertilización in vitro).
2. Entregar fotocopia de mi DNI.
3. Registro de embarazo en **CRYOBANK** por la modalidad habitual (telefónica o por email).
4. Registro del nacimiento en **CRYOBANK** (éste se realiza en forma presencial en **CRYOBANK** y lo realiza la madre o tutor). Se provee a la Institución de una fotocopia de la partida de nacimiento y del DNI del nacido dentro de los dos primeros años de vida para adjuntar al legajo. En este momento se hace entrega de un documento que acredita la participación en el Programa donante de identidad abierta para ser guardado y luego entregado en el futuro al adulto concebido por donación.
5. Solicitud de información de identidad del donante (a partir de los 18 años de la persona concebida) Ésta es realizada por escrito por el adulto concebido con muestra de semen de donante interesado en dicha información, el cual es citado en **CRYOBANK** para hacerle entrega de dicha información en persona.

Todos los pasos deben cumplimentarse para que la persona nacida, y a partir de sus 18 años, pueda acceder a la información sobre el donante.

Comprendo lo que se me ha explicado y el contenido del presente documento. Por el derecho a la información que me asiste, los profesionales de **CRYOBANK** me han informado y explicado en lenguaje sencillo los términos técnicos/médicos que son de difícil comprensión. Aún así, se me explicó que en caso de tener dudas o preguntas de cualquier tipo tengo la posibilidad de contactarme con los profesionales de **CRYOBANK**.

Con la firma del presente instrumento exteriorizo mi voluntad, plenamente consciente y libre, de recibir de **CRYOBANK** semen donante del **Programa D.I.A.** para su uso en una técnica de fertilización asistida.

.....
FIRMA

.....
NOMBRE Y APELLIDO

.....
DNI

“Consentimiento informado” otorgado en presencia de,
el día de.....de 20.....