

CRIOPRESERVAÇÃO DE ESPERMATOZOIDES

Consentimento Informado

Os espermatozoides são produzidos nos testículos de forma contínua desde a puberdade, atingindo o exterior do organismo masculino integrados num fluido orgânico chamado líquido seminal; o conjunto dos espermatozoides e do líquido seminal é designado por esperma ou sêmen.

A sobrevivência dos espermatozoides fora do organismo é de algumas horas apenas, exceto se forem submetidos a temperaturas muito baixas, protegidos por meios próprios, técnica conhecida como congelação ou criopreservação. Nestas condições, a sua sobrevivência pode ser de muitos anos.

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- A criopreservação de espermatozoides não garante a obtenção de uma gravidez; apenas garante uma reserva de células reprodutoras masculinas que poderão vir a ser utilizadas no futuro.
- Não é possível excluir uma diminuição, que pode ser importante, da qualidade dos espermatozoides; essa previsível alteração é tanto mais acentuada quanto piores as características dos espermatozoides no momento da congelação.
- A criopreservação de espermatozoides não estabelece nenhuma obrigação deste centro em relação à utilização futura dessas células, nem confere ao seu originário nenhum tipo de tratamento preferencial; serão sempre utilizados os critérios clínicos da boa prática médica adequados a cada situação.
- A prática da criopreservação de espermatozoides não revelou até agora um risco aumentado de anomalias fetais; todavia, uma incidência ligeiramente aumentada de malformações nos recém-nascidos resultantes das técnicas de PMA não pode ser excluída.
- Apenas ao próprio e a mais ninguém é reconhecido o direito de utilizar os espermatozoides criopreservados.
- Acidentes imprevistos, como incêndios ou outro tipo de calamidades, podem, apesar dos cuidados de segurança adotados, levar à perda ou destruição não intencional dos espermatozoides criopreservados.

CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinado, declaro que:

- Li e compreendi este documento, tal como as informações adicionalmente fornecidas.
- Foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por mim colocadas.
- Reconheço que este texto não pode descrever de forma exaustiva a totalidade das situações que possam vir a ter lugar no futuro.
- Compreendi e aceito que os espermatozoides serão criopreservados por um período máximo de cinco anos e que, durante este período, esta autorização pode ser por mim revogada a qualquer momento.
- Sempre que a recolha de esperma seja efetuada fora das instalações do centro, a amostra deverá ser obrigatoriamente entregue pelo originário do produto biológico.
- Tenho conhecimento de que, salvo em caso de doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA e/ou para uso em projetos de investigação científica, apenas a mim é reconhecido o direito de utilizar estes espermatozoides congelados.
- Consinto no uso dos meus espermatozoides para os tratamentos de PMA, mesmo na minha ausência:

- Compreendi que, de acordo com as normas em vigor, no fim deste período de cinco anos terei que me deslocar ao centro para assinar um consentimento de manutenção desta congelação. Na ausência de uma declaração assinada a solicitar um novo período de criopreservação, declaro ter sido claramente informado de que os espermatozoides serão descongelados e eliminados, a menos que aqui expresse autorização para o seu uso para doação ou para fins científicos.
- Nessa circunstância (escrever **Sim** ou **Não**):
Consinto no uso dos meus espermatozoides para doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA:
Consinto no uso dos meus espermatozoides em projetos de investigação científica:
- Compreendo e aceito integralmente as condições, riscos e limitações acima expostas.

Mais declaro compreender que em caso de doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA, as pessoas nascidas com recurso a dâdiva de gâmetas ou embriões podem obter, junto dos competentes serviços de saúde, informações de natureza genética que lhes digam respeito, bem como obter junto do CNPMA informação sobre a identificação civil do dador, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos.

Por isso, esclarecido e de livre vontade, assumo as obrigações decorrentes da celebração do presente acordo e dou o meu consentimento para o uso desta técnica na conservação dos meus espermatozoides.

NOME _____

ASSINATURA _____

N.º ID CIVIL/PASSAPORTE _____

MORADA _____

Médico/o: _____ / ____ / ____