

CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS E/OU TECIDO OVÁRICO

Consentimento Informado

Os ovócitos são as células reprodutoras femininas que, na sua forma imatura, já existem nos ovários no momento do nascimento. A partir da puberdade, em cada ciclo menstrual normal, grupos de ovócitos vão sofrendo fenômenos de maturação que culminam na libertação pelo ovário de um ovócito maduro e, por isso, fecundável.

Em certas situações clínicas, nomeadamente quando terapêuticas indispensáveis põem em risco a sobrevivência das células reprodutoras, como tentativa de proteção da fertilidade futura tem sido proposto o recurso à criopreservação de ovócitos e/ou tecido ovárico.

A criopreservação de ovócitos poderá também justificar-se noutras situações, como quando a mulher considera vir a concretizar um projeto reprodutivo em idade reprodutiva avançada, na qual a produção/viabilidade ovocitária é muito baixa ou nula.

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- A criopreservação de ovócitos não garante a obtenção de uma gravidez; apenas garante uma reserva de células reprodutoras femininas que poderão vir a ser utilizadas no futuro através da Fertilização *In Vitro* (FIV) ou da Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection).
- A FIV e a ICSI incluem a estimulação do desenvolvimento e maturação das células reprodutoras femininas – os ovócitos – através do recurso a medicamentos injetáveis; a resposta dos ovários a estes medicamentos é variável de mulher para mulher e é controlada com análises e/ou ecografias com intervalos a definir caso a caso.
- A punção dos ovários para recolha (aspiração) de ovócitos é efetuada por via vaginal, sob anestesia local ou sedação.
- Por razões várias, pode haver necessidade de interromper o ciclo de tratamento antes da punção para obtenção dos ovócitos, a mais frequente das quais é a resposta deficiente dos ovários à medicação.
- Em situações raras, a estimulação dos ovários pode desencadear uma resposta excessiva, dando origem à designada “síndrome de hiperestimulação ovárica”, que, em certas circunstâncias, pode atingir uma intensidade que obrigue a um tratamento específico em regime de internamento e, em situações verdadeiramente excecionais, pode colocar a vida em risco.
- A administração de medicamentos para sedação ou anestesia pode provocar reações individuais inesperadas, de tipo alérgico ou outro.
- Sendo a colheita dos ovócitos um ato cirúrgico, da sua execução podem, em casos muito raros, resultar complicações (por exemplo, hemorragias ou infeções) que justifiquem internamento hospitalar e que, em circunstâncias verdadeiramente excecionais, podem mesmo colocar a vida em risco.
- Nenhuma destas técnicas garante a obtenção de gravidez, sendo a taxa de sucesso muito variável, nomeadamente em função da realidade clínica do caso concreto.
- A prática da criopreservação de ovócitos e/ou tecido ovárico 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.
- A criopreservação de ovócitos e/ou tecido ovárico não estabelece nenhuma obrigação deste centro em relação à utilização futura dessas células, nem confere à sua originária nenhum tipo de tratamento preferencial; serão sempre utilizados os critérios clínicos da boa prática médica adequados a cada situação.
- A recolha de tecido ovárico para criopreservação e a sua eventual ulterior transplantação exigem atos cirúrgicos com os riscos inerentes aos respetivos procedimentos.
- Acidentes imprevistos, como incêndios ou outro tipo de calamidades, podem, apesar dos cuidados de segurança adotados, levar à perda ou destruição não intencional dos ovócitos e/ou tecido ovárico criopreservados.

CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinada, 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 ovócitos e/ou tecido ovário serão criopreservados por um período máximo de cinco anos e que, durante este período, esta autorização pode ser por mim revogada a qualquer momento.
- 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 ovócitos e/ou tecido ovário congelados.
- Entendo e aceito as condições, riscos e limitações destas técnicas, incluindo que não pode ser dada qualquer garantia quanto ao decurso e desfecho final de uma gravidez obtida por Fertilização *In Vitro* ou Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide.
- 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 informada de que os ovócitos e/ou tecido ovário 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 ovócitos para doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA
 - Consinto no uso dos meus ovócitos e/ou tecido ovário 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 da dadora, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos.

Por isso, esclarecida 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 ovócitos e/ou tecido ovário.

NOME _____**ASSINATURA** _____**N.º ID CIVIL/PASSAPORTE** _____**MORADA** _____
_____**Médica/o:** _____ / ____ / ____