

TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS

Consentimento Informado

A existência de embriões criopreservados resultantes de um ciclo de tratamento de Fertilização *In Vitro* (FIV) ou de Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI) pode possibilitar a sua transferência futura quando a(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamentos de PMA considerar/considerarem adequada a concretização desse ato, dentro do prazo de três anos previsto na Lei (ou, em situações devidamente justificadas, no prazo máximo de seis anos).

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- A transferência de embriões descongelados não garante a obtenção de gravidez.
- Alguns ou a totalidade dos embriões podem, após a descongelação, não apresentar as características de viabilidade necessárias para serem transferidos.
- A utilização da criopreservação de embriões humanos não revelou até agora um risco superior de anomalias fetais; todavia, uma incidência ligeiramente aumentada de malformações nos recém-nascidos resultantes das técnicas de PMA não pode ser excluída.
- As gestações resultantes desta técnica estão sujeitas a complicações como quaisquer outras, incluindo a implantação do embrião fora do útero, como por exemplo numa trompa.
- A transferência de mais do que um embrião aumenta a probabilidade de gravidez múltipla; estas gestações constituem um maior risco para os recém-nascidos, nomeadamente pela maior possibilidade de parto pré-termo.

Quando os embriões resultem de recuso a espermatozoides e/ou ovócitos deador/a importa destacar os seguintes aspetos:

- As pessoas nascidas em consequência de processos de PMA com recurso a dádiva 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/a, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos. Em caso algum os dadores poderão ser havidos como progenitores das crianças nascidas com a utilização destas técnicas (n.º 2 do artigo 10.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).
- São contudo abrangidos por um regime de confidencialidade da identidade civil do/a dador/a, exceto nos casos em que estes(as) autorizem de forma expressa o levantamento do anonimato (Lei n.º 48/2019, de 8 de julho):
 - a) *Os embriões resultantes de doações anteriores ao dia 7 de maio de 2018 e utilizados até cinco anos após a entrada em vigor da presente lei;*
 - b) *Os gâmetas resultantes de doações anteriores ao dia 7 de maio de 2018 e utilizados até três anos após a entrada em vigor da presente lei;*
 - c) *As dádivas que tiverem sido utilizadas até ao dia 7 de maio de 2018.*

CONSENTIMENTO

Eu/nós, abaixo assinada/o/s, declaro/declaramos que:

- Li/lemos e compreendi/compreendemos este documento, tal como as informações verbais e escritas que me/nos foram fornecidas.
- Foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por mim/nós colocadas.
- Reconheço/reconhecemos que este texto não pode descrever de forma exaustiva a totalidade das situações que possam vir a ter lugar no futuro.
- Fui/fomos informada/os das taxas de sucesso da aplicação desta técnica neste centro nos últimos dois anos.
- Compreendo/compreendemos que este consentimento é válido e eficaz até ser revogado por qualquer uma das pessoas beneficiárias do tratamento de PMA e que essa revogação só pode ser operada até à concretização da transferência dos embriões.
- Compreendo/compreendemos e aceito/aceitamos as condições, riscos e limitações da transferência de embriões criopreservados.
- Fui/fomos informada/os que os dados referentes ao(s) tratamento(s) efetuado(s) e seus resultados terão obrigatoriamente que ser registados e conservados durante 30 anos (ou 75 anos quando resultantes de dádiva de terceiros) e que esses dados poderão, em regime de completo anonimato, ser utilizados em trabalhos científicos para apresentação pública e/ou publicação.

Por isso, esclarecida/os e de livre vontade, assumo/assumimos as obrigações decorrentes do presente acordo e dou/damos o meu/nosso consentimento para a transferência de um número máximo de _____ embrião(ões).

NOME _____**ASSINATURA** _____**N.º ID CIVIL/PASSAPORTE** _____

(2.º nome a preencher quando se trate de duas pessoas beneficiárias)

NOME _____**ASSINATURA** _____**N.º ID CIVIL/PASSAPORTE** _____

Médica/o: _____ / ____ / ____