

## DOAÇÃO DE ESPERMATOZOIDES

### Consentimento Informado

As técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) são um conjunto de métodos clínicos e laboratoriais entre cujos objetivos se inclui o aumento significativo da probabilidade de um casal infértil conseguir a gravidez que procura.

Em certas circunstâncias, habitualmente ausência completa de produção de espermatozoides, o casal necessita de recurso a espermatozoides de um dador.

Os espermatozoides doados poderão ser usados para Inseminação Artificial, Fertilização *In Vitro* (FIV) ou Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection).

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- O recrutamento e a seleção dos dadores só podem ser realizados em centros para tal expressamente autorizados.
- Existem rastreios clínicos e laboratoriais obrigatórios, que são da responsabilidade dos centros recrutadores.
- É dever dos dadores fornecer com verdade todas as informações solicitadas sobre a sua saúde e eventuais doenças familiares.
- A doação de espermatozoides é voluntária, de caráter benévolo e não remunerada (embora possa haver uma compensação estritamente limitada ao reembolso das despesas efetuadas ou dos prejuízos direta e imediatamente resultantes da dádiva).
- A doação é feita em regime de anonimato, isto é, nem o casal recetor nem as crianças eventualmente nascidas como resultado da dádiva poderão ter acesso a qualquer dado identificativo do dador, exceto “por razões ponderosas reconhecidas por sentença judicial” (n.º 4 do artigo 15.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho) e em caso algum o dador poderá ser havido como progenitor 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).
- As crianças nascidas com recurso a dadores terceiros podem obter informação sobre eventual existência de grau de parentesco, mantendo-se a confidencialidade acerca da identidade do dador, exceto se este expressamente o permitir (n.º 3 do artigo 15.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).
- De acordo com as normas em vigor, não existe limite para o número de dádivas de cada dador mas considera-se aconselhável que cada dador não possa dar origem a mais de 8 partos de nado-vivo. Existirá um sistema de registo que permitirá esse controlo.

### CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinado, declaro que:

- Li e compreendi este documento, tal como as informações verbais e escritas que me foram fornecidas.
- Respondi com verdade a todas as perguntas sobre a minha saúde e eventuais doenças da minha família.
- 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 que este consentimento pode ser por mim revogado até à concretização da dádiva ou até ao esgotamento de todas as amostras resultantes da dádiva, mantendo-se válido e eficaz até que essa revogação seja operada.
- Compreendi que, em caso algum, poderei ser havido como progenitor da(s) criança(s) nascida(s) com a utilização desta dádiva (n.º 2 do artigo 10.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho).
- Compreendi que é meu dever informar o centro onde fiz a dádiva se vier a saber que sofro de doença genética não suspeitada anteriormente ou que sou portador de um gene causador de doença grave.
- Fui informado que os dados referentes ao(s) tratamento(s) efetuado(s) e os seus resultados terão obrigatoriamente que ser registados e conservados durante 75 anos e que poderão, em regime de completo anonimato, ser utilizados em trabalhos científicos para apresentação pública e/ou publicação.

Por isso, esclarecido e de livre vontade, assumo as obrigações decorrentes da celebração do presente acordo e dou o meu consentimento para a doação de espermatozoides destinados ao tratamento de uma situação de infertilidade.

Mais declaro que (escrever **Sim** ou **Não**):

Autorizo que o CNPMA divulgue a minha identidade, nos casos previstos no n.º 3 do artigo 15.º da Lei n.º 32/2006 de 26 de julho.

**NOME** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA** \_\_\_\_\_

**N.º ID CIVIL/PASSAPORTE** \_\_\_\_\_

**Médica/o:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_