

RECOLHA CIRÚRGICA DE ESPERMATOZÓIDES PARA MICROINJEÇÃO INTRACITOPLASMÁTICA

Consentimento Informado

Para a concretização de um ciclo terapêutico de Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozóides (ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection) um dos requisitos é a recolha de células reprodutoras masculinas – os espermatozóides.

Em alguns casos específicos é indispensável ou há indicações médicas para que essas células sejam obtidas através de um acto cirúrgico.

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- Apesar de todos os cuidados colocados na avaliação prévia há casos em que não se obtêm espermatozóides após o acto cirúrgico efectuado.
- As células obtidas poderão ser usadas “a fresco” ou criopreservadas para utilização futura, dependendo de opções clínicas.
- A administração de medicamentos para anestesia local ou sedação pode provocar reacções individuais inesperadas, de tipo alérgico ou outro.
- Sendo a colheita dos espermatozóides um acto cirúrgico, da sua execução podem, em casos muito raros, resultar complicações (por exemplo, hemorragias ou infecções).
- Embora a maioria dos estudos não tenha detectado aumento da frequência de malformações nos recém-nascidos resultantes da técnica de Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozóides quando os espermatozóides são colhidos por meios cirúrgicos (por exemplo, dos testículos ou dos epidídimos), essa possibilidade não pode ser completamente excluída.

CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinado, declaro que:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Li e compreendi este documento, tal como as informações verbais e escritas que nos foram 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.▪ Compreendo e aceito as condições, riscos e limitações acima expostas. |
|--|

Por isso, esclarecido e de livre vontade, assumo as obrigações decorrentes da celebração do presente acordo e dou o meu consentimento para a execução da técnica cirúrgica adequada ao meu caso para obtenção de espermatozóides, no contexto de um ciclo terapêutico de Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozóides.

NOME _____

ASSINATURA _____

B.I. _____

Médica/o: _____ / ____ / ____