

MANUTENÇÃO DA CRIOPRESERVAÇÃO DE ESPERMATOZOIDES E/OU TECIDO TESTICULAR

Consentimento Informado

Na sequência do texto de Consentimento Informado assinado por mim anteriormente, e por ter decorrido o período de cinco anos nele estipulado, declaro que desejo que a conservação dos meus espermatozoides e/ou tecido testicular seja mantida por um período adicional de cinco anos.

Mais declaro que:

- Compreendo que 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 tratamentos de PMA e/ou de uso em projetos de investigação científica, apenas a mim é reconhecido o direito de utilizar estes espermatozoides e/ou tecido testicular congelados, salvo se autorizei o uso dos meus espermatozoides para efeitos de inseminação *post mortem*.
- Mais compreendo que em caso do meu falecimento e uma vez consentido/autorizado o procedimento de inseminação *post mortem* este prazo será encurtado para um prazo máximo de três anos contados do meu falecimento.
- Compreendo que, de acordo com as normas em vigor, no fim deste período adicional de cinco anos terei que me deslocar novamente 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 e/ou tecido testicular 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 e/ou tecido testicular em projetos de investigação científica:

Mais declaro compreender que em caso de doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA, as pessoas nascidas 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, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos.

NOME _____

ASSINATURA _____

N.º ID CIVIL/PASSAPORTE _____

MORADA _____

Médico/o: _____ / ____ / ____

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O CNPMA é o responsável pelo tratamento dos dados pessoais recolhidos no âmbito do tratamento para o qual é expresso o consentimento por via do presente documento. Estes dados serão tratados no âmbito do exercício das atribuições do CNPMA para regular, fiscalizar e acompanhar a prática da Procriação Medicamente Assistida em Portugal, instituídas pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua atual redação.

Os seus dados pessoais serão objeto de tratamento seguro, sendo sujeitos a medidas técnicas e organizativas destinadas a salvaguardar a sua confidencialidade, integridade e disponibilidade. Os dados serão conservados em observância do prazo legal de retenção aplicável.

O CNPMA garante aos titulares de dados o exercício dos direitos legalmente consagrados. Para o exercício dos referidos direitos ou para esclarecimento de dúvidas relativas ao tratamento dos seus dados pessoais, deve apresentar pedido escrito ao CNPMA, nomeadamente por e-mail para dpo.cnpma@ar.parlamento.pt ou por correio para Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, Assembleia da República, Palácio de São Bento, 1249-068 Lisboa.