

RECOLHA CIRÚRGICA COM OU SEM CRIOPRESERVAÇÃO DE ESPERMATOZOIDES E/OU TECIDO TESTICULAR

Consentimento Informado

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

Em alguns casos específicos é indispensável ou há indicações médicas para que essas células sejam obtidas através de um ato cirúrgico (biopsia testicular ou epididimária).

Alguns pontos fundamentais merecem ser salientados:

- Apesar de todos os cuidados colocados na avaliação prévia há casos em que não se obtêm espermatozoides após o ato cirúrgico efetuado.
- A administração de medicamentos para anestesia local ou sedação pode provocar reações individuais inesperadas, de tipo alérgico ou outro.
- Sendo a colheita dos espermatozoides e/ou tecido testicular um ato cirúrgico, da sua execução podem, em casos muito raros, resultar complicações (por exemplo, hemorragias ou infeções).
- As células obtidas poderão ser usadas “a fresco” ou criopreservadas para utilização futura.
- No caso de haver criopreservação de espermatozoides e/ou tecido testicular, esta criopreservação não garante a obtenção de uma gravidez; apenas garante uma reserva de células reprodutoras masculinas que poderão vir a ser utilizadas no futuro.
- Não é possível excluir uma diminuição da qualidade dos espermatozoides após criopreservação; essa alteração é tanto mais acentuada quanto piores as características dos espermatozoides no momento da congelação.
- A criopreservação de espermatozoides e/ou tecido testicular não estabelece nenhuma obrigação deste centro em relação à utilização futura dessas células, nem confere ao seu originário nenhum tipo de tratamento preferencial; serão sempre utilizados os critérios clínicos da boa prática médica adequados a cada situação.
- A prática da microinjeção intracitoplasmática com espermatozoides colhidos por meios cirúrgicos, usados “a fresco” ou após criopreservação, 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.
- Apenas ao próprio e a mais ninguém é reconhecido o direito de utilizar os espermatozoides e/ou tecido testicular criopreservados.
- Acidentes imprevistos, como incêndios ou outro tipo de calamidades, podem, apesar dos cuidados de segurança adotados, levar à perda ou destruição não intencional dos espermatozoides e/ou tecido testicular criopreservados.

CONSENTIMENTO

Eu, abaixo assinado, declaro que:

- Li e compreendi este documento, tal como as informações verbais e escritas que me 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.
 - Compreendi e aceito que, após o ato cirúrgico e a consequente informação que me será transmitida, assinalarei se haverá, ou não, criopreservação de espermatozoides e/ou tecido testicular (escrever **Sim** ou **Não**):
 - Compreendi e aceito que, no caso de haver criopreservação, os espermatozoides e/ou tecido testicular 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 para uso em projetos de investigação científica, apenas a mim é reconhecido o direito de utilizar estes espermatozoides e/ou tecido testicular congelados.
 - Consinto no uso dos meus espermatozoides e/ou tecido testicular para os tratamentos de PMA, mesmo na minha ausência (escrever **Sim** ou **Não**):
 - Compreendo que, de acordo com as normas em vigor, no fim deste período 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 para fins científicos.
 - Nessa circunstância (escrever **Sim** ou **Não**):
- Consinto no uso dos meus espermatozoides e/ou tecido testicular em projetos de investigação científica:

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 a tentativa de obtenção de espermatozoides e/ou tecido testicular.

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.