|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INFORMADO PARA**  **CRIOPRESERVAÇÃO DE EMBRIÃO(ÕES) E/OU ÓVULOS**  Nós, abaixo assinados, fomos informados e esclarecidos pela equipe de Reprodução Assistida do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sobre as etapas necessárias para realização da transferência de embriões (TE) e/ou criopreservação de embriões e gametas e autorizamos expressamente à equipe médica do HCPA, promover a realização deste tratamento, por existir prévio diagnóstico de impossibilidade ou importante comprometimento na obtenção da gestação por meio de métodos naturais.  **I. Sobre o prontuário eletrônico do HCPA (MUITO IMPORTANTE)**  O HCPA possui o registro eletrônico de todas as informações médicas e pessoais dos seus pacientes, chamado sistema AGHUse. Quando um paciente não comparece ao hospital no intervalo de dois anos, esse sistema entende que este paciente não está mais sendo atendido pelo hospital, não sendo mais possível agendar a realização de exames, procedimento ou consultas.  Sabendo dessa informação e, caso tenhamos interesse em continuar o tratamento de Reprodução Assistida no HCPA, nos comprometemos a observar o intervalo máximo de 2 (dois) anos entre as consultas e isentamos a equipe de Reprodução Assistida do HCPA dessa responsabilidade.  **II. Criopreservação de embriões**  A primeira etapa da criopreservação é o congelamento por diversas técnicas. A vitrificação (congelamento ultrarrápido) é a técnica de escolha para criopreservação de embriões. Os embriões criopreservados são mantidos em tanques com nitrogênio líquido por período indeterminado. A última fase é o descongelamento e a avaliação da viabilidade. Nesta etapa, estamos cientes que pode ocorrer não sobrevivência dos embriões após o descongelamento, entretanto as taxas de sobrevivência são excelentes, em torno de 95%.  **III. Transferência de embriões descongelados**  Pode ser realizada em um ciclo espontâneo, sem utilização de medicações ou precedido de uma preparação de endometrial com medicamentos prescritos pela equipe de reprodução assistida do HCPA. O número de embriões que será transferido será decidido de acordo com a resolução 2320/2022 do Conselho Federal de Medicina, em conjunto com a equipe e a vontade do casal.  Estamos cientes que os embriões são protegidos pela resolução vigente e aqueles que não forem transferidos para o útero deverão ser congelados. Os embriões congelados podem ser mantidos por um período indefinido sem prejuízo para os mesmos. O descongelamento e transferência dos embriões podem ocorrer no momento da escolha do casal e a critério médico.  Pela legislação atual do Brasil, esses embriões congelados só podem ser descartados depois de três anos do congelamento mediante solicitação do casal.  Salientamos que a opções de destinação dos embriões excedentes congelados nas situações de divórcio ou separação, doença grave/falecimento de um ou ambos os parceiros, abandono ou desinteresse pelos embriões já foi realizada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de FIV, assinado anteriormente à estimulação ovariana.  Sabendo disso, fomos informados dos resultados do nosso tratamento e autorizamos a **criopreservação de embrião(ões) e/ou óvulos conforme descrito abaixo:**   1. Embriões criopreservados em D3: 2. Embriões criopreservados em blastocisto:   Autorizamos ainda que imagens dos procedimentos e de exames complementares possam ser utilizadas para fins acadêmicos, incluindo comunicações de casos a estudantes ou residentes e apresentações em eventos científicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estamos cientes que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao HCPA nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Declaramos que, antes de assinar este consentimento informado, tivemos uma entrevista com um dos membros da equipe de Reprodução Assistida do HCPA, durante a qual foram esclarecidas e satisfeitas todas as nossas dúvidas inerentes à técnica de reprodução assistida e que todas as informações listadas na Resolução CFM nº 2320/2022 sobre a prática da reprodução assistida nos foram fornecidas. Foi nos dada oportunidade para tomar parte no aconselhamento sobre as implicações do tratamento proposto, assim como nos foram oferecidas informações orais e escritas sobre todas as etapas do tratamento acima e entendemos o que está envolvido neste procedimento.  Declaramos também que nos foi dado o devido tempo para considerar todo o conteúdo deste documento e nos foi dada oportunidade para fazer novos questionamentos julgados necessários, antes de assinarmos o presente documento.  Diante do exposto, declaramos estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe médica é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Ficamos cientes de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados.  Certificamos que este formulário nos foi explicado, que o lemos ou que o mesmo foi lido para nós e que entendemos o seu conteúdo.    Eu, , prontuário , ao assinar este documento, consinto na realização do tratamento acima proposto e entendo que serei a mãe legal da criança concebida.  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Eu , prontuário , parceiro de , ao assinar este documento, consinto na realização do tratamento acima proposto e entendo que serei o pai legal da criança concebida.  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Porto Alegre, 21 de outubro de 2022.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Equipe de Reprodução Assistida do HCPA  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  **INFORMADO PARA CRIOPRESERVAÇÃO DE EMBRIÃO(ÕES) E/OU ÓVULOS** | Nome da Paciente:  Nº do Registro:  Nome do Companheiro:  Nº do Registro Nome do Companheiro: |

**MED-596FE gráfica hcpa – outubro/2022**