

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**HOSPITAL DAS CLÍNICAS / FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**  
**LABORATÓRIO DE REPRODUÇÃO HUMANA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu.....  
e meu marido.....  
nos submetemos livremente a participar de procedimentos que visam a obtenção de uma gestação como parte integrante do tratamento de esterilidade conjugal. Fomos informados dos diversos aspectos médicos, éticos e jurídicos que envolvem os diferentes tratamentos, assim como os resultados já obtidos nessa unidade de tratamento. Como participantes do Programa de Fertilização Assistida do HCGO-UFG (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás) damos livre e voluntariamente nosso consentimento e autorização ao Setor de Reprodução Humana do HCGO da Universidade Federal de Goiás, seus diretores, médicos e assistentes a realizarem os seguintes procedimentos assinalados.

**INSEMINAÇÃO INTRA-ÚTERO**

**Sim**

**Não**

Para a realização de inseminação intra-útero (IUI) autorizamos a indução da ovulação e preparo do sêmen do meu marido (capacitação ) como posterior inseminação intra-útero . Para a realização desse procedimento entendo que deverei utilizar de drogas que podem ter efeitos colaterais, os quais me foram esclarecidos. Isento a equipe de qualquer responsabilidade das complicações ou efeitos colaterais que venham a ocorrer. Estamos cientes que em algumas situações poderá haver a necessidade de se realizar mais de uma inseminação intra-útero em um mesmo ciclo.

Estou ciente também que deverei comparecer a esse hospital diversas vezes para a realização de ultra-sonografia vaginal com finalidade de se acompanhar a resposta clínica a esses medicamentos. Caso tenha a intenção de interromper o tratamento poderei fazê-lo em qualquer momento do tratamento, sem prejuízos posteriores.

Em algumas situações pode ocorrer excessiva resposta aos medicamentos utilizados e nesses casos o tratamento pode ser interrompido

ou ser mudado para outro procedimento como a fertilização in vitro (FIV). Seremos informados dessa situação e poderemos realizar a opção de continuarmos o tratamento com a FIV ou interromper a inseminação intra-útero sem prejuízo para futuras inseminações.

### **FERTILIZAÇÃO IN VITRO**

**Sim**

**Não**

Para a realização de fertilização in vitro (FIV) autorizamos a indução da ovulação e captação de oócitos bem como a fertilização destes no laboratório de reprodução assistida, com posterior transferência de até 4 embriões se o conjugue do sexo feminino tiver mais de 37 anos e 3 embriões se tiver menos.

Para a realização desse procedimento entendo que deverei utilizar drogas indutoras da ovulação que podem ter efeitos colaterais, os quais me foram esclarecidos. Isento a equipe de qualquer responsabilidade das complicações ou efeitos colaterais que venham a ocorrer.

Estou ciente também que deverei comparecer a esse hospital diversas vezes para a realização de ultra-sonografia vaginal com finalidade de se acompanhar a resposta clínica a esses medicamentos. Caso tenha a intenção de interromper o tratamento poderei fazê-lo em qualquer momento do tratamento, sem prejuízos posteriores.

### **FERTILIZAÇÃO IN VITRO E MICROMANIPULAÇÃO DE GAMETAS (ICSI)**

**Sim**

**Não**

Para os casos de falha na fertilização in vitro convencional, espermograma gravemente alterado ou ainda nos casos em que a equipe médica julgar necessário, autorizamos a realização de injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI). Trata-se de uma técnica onde é realizada a injeção de um único sptz no interior de um óvulo. Estamos cientes que em nosso caso essa é a melhor opção para a obtenção de uma gravidez. trata-se de uma técnica nova que apresentou, até o momento, bons resultados. Não existem até o momento dados conclusivos sobre as probabilidades de mal-formações fetais e estamos cientes do risco oferecidos pelo procedimento.

## **FERTILIZAÇÃO IN VITRO E CONGELAMENTO DE EMBRIÕES**

**Sim**

**Não**

Aos embriões excedentes autorizamos o congelamento para posterior transferência em ciclos subseqüentes, caso não haja gravidez na primeira tentativa. Entendemos que podem existir despesas adicionais caso seja necessário este procedimento. Existem diversos métodos que podem ser utilizados para o congelamento dos embriões e aceitamos aquele que nos foi proposto. Se houver gravidez e ainda houver embriões remanescentes congelados, autorizamos a guarda dos mesmos por um período máximo de cinco anos. Após esse período, caso não desejemos a transferência dos embriões congelados, existe a possibilidade de doação anônima para outro casal que deseje gravidez. Em caso de falecimento de um dos cônjuges ou de ambos, de divórcio ou doenças graves em um ou ambos os cônjuges, autorizamos a possibilidade de doação dos embriões congelados.

Assim sendo, após cinco anos de congelamento ou em caso de ocorrência de uma das circunstâncias acima, autorizo a equipe médica a realizar a doação anonimamente dos embriões restantes.  Sim  Não

## **FERTILIZAÇÃO IN VITRO E DOAÇÃO DE OÓCITOS.**

**Sim**

**Não**

Autorizamos a doação dos oócitos excedentes ( $\geq 10$  oócitos), obtidos a partir das técnicas de Fertilização Assistida, voluntariamente e anonimamente a um casal infértil.

Estamos cientes que as crianças nascidas a partir da doação de oócitos são moral e legalmente de seus prospectivos pais, não havendo a partir de então qualquer interesse quanto à notificação dos resultados de fertilização e gravidez obtidos com oócitos doados. Nós jamais esperaremos quaisquer direitos legais sobre estas crianças.

Foi-nos esclarecido que todos os procedimentos envolvendo a doação de oócitos envolvem passos éticos que já foram determinados pelo Conselho Federal de Medicina, o qual estabelece em sua resolução no 1.358/92, de dezembro de 1992, que no tocante à doação de embriões e pré-embriões:

1-A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2-Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3-Obrigatoriamente sendo mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre os doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, se resguardarmos a civil do doador.

4-As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação de oócitos devem manter um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.

5-Na região de localização da unidade, o registro das gestações evitará que um doador tenha produzido mais do que duas gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

6-A escolha de doadores é de responsabilidade da unidade e, dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

7-Não será permitido ao(s) médico(s) responsável(is) pelas clínicas, unidades ou serviços, participar(em) como doadores nos programas de Reprodução Assistida.

◆ Nós comprovamos que toda informação proveniente destes profissionais é verdadeira correta e completa.

◆Nós entendemos que em todo tratamento médico, bem como a Reprodução Assistida existem riscos e efeitos colaterais aos quais estamos expostos, tendo sido esclarecido todas as dúvidas em relação ao procedimento.

◆Compreendemos que as instruções fornecidas pelos profissionais do programa é requisito fundamental para a continuidade do mesmo, bem como seus futuros resultados.

◆É do nosso conhecimento que o tratamento proposto deverá ser suspenso à critério médico e que também poderemos nos recusar a continuar o tratamento, sem nos isentarmos custos ou responsabilidades já assumidas.

◆Fomos claramente informados das causas da dificuldade em se obter uma gestação e dos métodos alternativos para o tratamento e entendemos que o método por nós aceito foi de forma voluntária e livre. Entendemos que alguns dos procedimentos envolvem risco de dor, apesar dos métodos analgésicos utilizados, assim como autorizo a realização de qualquer procedimento anestésico que a equipe julgar necessário. Autorizamos a realização desses procedimentos pelo tempo que a equipe médica achar necessária.

◆Entendemos que nenhum dos procedimentos autorizados apresentam comprovadamente aumento nos riscos de malformações fetais,

abortamentos ou patologias maternas em caso de gravidez. Eximimos a equipe médica de qualquer responsabilidade em eventuais ocorrências dessas complicações.

◆Entendemos também que haverá a necessidade de uma estimulação ovariana com drogas que propiciarão a um maior número de óvulos. Apesar do controle médico realizado, existe um risco mínimo (menos que 5%) de haver complicações de hiperestimulação. Eximimos a equipe médica de qualquer responsabilidade no tocante a essa possibilidade, bem como nos efeitos colaterais que por ventura ocorram. Também como consequência da estimulação ovariana poderão ocorrer gestações múltiplas, sendo que estamos cientes desses riscos e isentamos a equipe de qualquer responsabilidade.

**Todas as questões eventualmente oriundas do presente contrato serão resolvidas de forma definitiva via conciliatória ou arbitral na 10ª Corte de Conciliação e Arbitragem de Goiânia, com sede nesta capital à Av. Mutirão, nº 2653 - Setor Marista - CEP: 74115-914, Goiânia - Goiás, consoante os preceitos ditados pela Lei nº 9.307 de 23 e setembro de 1996.**

Tendo lido com atenção e compreendido todas as informações contidas nas cinco páginas deste documento, recebido informações adicionais e esclarecimentos, concordamos espontaneamente em participar do Programa de Fertilização Assistida do HCGO.

Não havendo dúvidas, datamos e abaixo assinamos:

Casal: Sr.: \_\_\_\_\_  
Sra.: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Goiânia-GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.