

PAIS BIOLÓGICOS

Eu, _____, data de nascimento ___/___/___,
com o consentimento do(a) meu(a) cônjuge, _____,

data de nascimento ___/___/___ nos submetemos livremente a participar do programa de Fertilização "in vitro" com doação temporária de útero visando à obtenção de uma gestação como parte integrante do tratamento de esterilidade conjugal. Fomos informados dos diversos aspectos médicos, éticos e jurídicos que envolvem o tratamento. Fomos esclarecidos que a doação temporária do útero somente poderá ser indicada se existir um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética do(s) óvulo(s). Também ficou esclarecido que as doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética dos óvulos, num parentesco até de segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina. A doação temporária do útero não pode ter caráter lucrativo ou comercial. Esta técnica de reprodução assistida é aplicada baseada na Resolução 13/2013 do Conselho Federal de Medicina.

Como participantes do programa de Fertilização Assistida do Hospital Dona Helena-SATIS, damos livre e voluntariamente nosso consentimento e autorização a serem realizados os seguintes procedimentos abaixo especificados:

MÃE BIOLÓGICA: _____

PAI BIOLÓGICO: _____

Como pai e mãe biológicos, assinamos, além deste, o Termo de Consentimento Informado para realização da Fertilização "in vitro"/ICSI. Desta forma, autorizamos a indução da ovulação, a captação dos óvulos e a fertilização destes no laboratório de Reprodução Assistida, com posterior transferência dos embriões desenvolvidos na paciente receptora ou doadora do útero de substituição.

Estamos cientes de que após o nascimento, nós, os pais biológicos, seremos os responsáveis pelo(s) recém-nascidos(s) e nos responsabilizaremos pelo registro e legalização desta criança.

Entendemos que este consentimento informado é válido somente para este ciclo de tratamento.

Assim, tendo conhecimento, autorizamos a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente e o cônjuge acima referido estão sujeitos, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e seu cônjuge, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), ___ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do meu conjuge _____

RG Nº _____

RG Nº _____

NOME _____

NOME _____

Joinville (SC), ___ de _____ de _____. Hora: ____:____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.