Por este instrumento particular o (a) paciente .........., brasileiro (a), (profissão), residente e domiciliada na Rua ........................., nº ....., apto ......., bairro ...................., CEP: ..............., em (cidade e estado), portadora do RG nº ............ - SSP/SC e inscrita no CPF sob nº ........................, nascida em ......../....../........; e seu (esposo/companheiro...), Sr. ..............................., brasileiro, portador do RG nº .................. -SSP/SC, inscrito no CPF sob nº ............................, nascido em .../..../......, declaram, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dão plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. ..............................................., inscrito no CRM-SC sob o nº .........., para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar a **“TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES PARA A CAVIDADE UTERINA”**, e todos os procedimentos que o incluem, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

**OBJETIVO**

 O objetivo do presente termo é informar a paciente ou casal sobre as diretrizes e recomendações do tratamento de RHA ao qual se submete, em meio à pandemia do COVID-19.

**EXPLICAÇÃO**

 Por se tratar de uma pandemia recente, às informações acerca do COVID-19 são limitadas, atualizadas a cada dia e a verdadeira fisiopatologia da doença ainda não está totalmente esclarecida. No entanto, notou-se que as características clínicas da doença parecem ser as mesmas em pacientes gestantes e não gestantes. Adicionalmente a esse fato, não há, até o presente momento, evidências sobre a transmissão vertical da doença e malformações fetais. E ainda, a incidência de partos prematuros, aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação, parece seguir as taxas habituais de aproximadamente 10% (WHO, 2018), havendo alguns trabalhos em um grupo pequeno de gestantes, no qual a porcentagem é maior.

**CONDIÇÕES PARTICULARES**

 **1.** A recomendação das entidades médicas é de, se possível, adiar os tratamentos de RHA devido às incertezas do momento. Porém, devido à imprevisibilidade da duração da pandemia e o risco de comprometimento futuro de minha (nossa) capacidade reprodutiva, opto (optamos) por realizar o tratamento de RHA à luz dos conhecimentos atuais sobre COVID-19;

 **2.** Durante esse período, entre o início dos procedimentos de estimulação ovariana e a coleta oocitária, o médico responsável deverá intensificar o monitoramento dos pacientes, incluindo os principais sintomas da infecção por COVID-19, que são: febre, tosse, cansaço, dores no corpo, dor de garganta, dor de cabeça, falta de ar, e menos frequentemente, diarreia. Desta forma, sei (sabemos) que devo (devemos) reportar ao médico responsável o surgimento de qualquer um dos sintomas citados acima;

 **3.** Com base na nota conjunta publicada pela Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA) e Red Latinoamericana de Reproducción Assistida (REDLARA) (https://sbra.com.br/noticias/reproducao-assistida-e-covid-19-nota-conjunta-sbra-e-redlara/), a equipe profissional da Clínica autorizada, com a qual o (a) médico (a) se encontra vinculada, está mantendo um preparo ativo e intenso nos parâmetros de segurança e controle de qualidade, com monitoração em tempo real para garantir a segurança das equipes e pacientes;

 **4.** Com base nesta nota acima citada, há informação de que sociedades correlatas internacionais, como a Sociedade Europeia de Reprodução (ESHRE) e a Sociedade Americana (ASRM), também atentas, não reconhecem evidências de efeitos negativos nas gravidezes, especialmente naquelas em estágio inicial (CDC Americano e RCOG – Roval College inglês);

 **5.** Segundo esta nota há relatos de casos de mulheres positivas para o COVID-19 que deram à luz a bebês saudáveis e alguns efeitos adversos neonatais como ruptura precoce de bolsa amniótica ou parto pré-termo, não tiveram comprovação de que eram resultantes de transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho;

 **6.** Por fim, esta nota sugere que:

a) para as pacientes com alta probabilidade de ter COVID-19 (febre e/ou tosse, falta de ar e exposição a menos de um metro e meio de um paciente confirmado com COVID-19 e dentro de 14 dias após o início dos sintomas, ou um resultado positivo do teste para COVID-19) devem postergar o tratamento para obtenção de uma gravidez;

b) para as pacientes sintomáticas que estiverem em vigência de tratamento da infertilidade, que seja cancelado o procedimento ou oferecido o congelamento de todos os oócitos ou embriões, evitando-se a transferência de embriões até que sejam livres da doença e a situação no país esteja normalizada;

c) para as pacientes assintomáticas, sem suspeita de contágio, que planejam realizar tratamento de RHA com gametas próprios ou usar ovo doação, espermatozoides de doador ou útero de substituição, também devem postergar o início de qualquer tratamento para obtenção de uma gravidez até que a situação no país relativo ao COVID-19 esteja controlada;

d) para pacientes assintomáticos que iniciaram o tratamento da infertilidade, sugerimos que seja oferecido o congelamento de todos os oócitos ou embriões;

e) casos individuais devem ser discutidos com o médico assistente, uma vez que existem situações especiais onde adiar o tratamento de infertilidade representaria prejuízos nas chances futuras de gestação;

 **7.** Conforme orientação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar publicada em 17/03/2020 em seu sítio eletrônico (http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5426-ans-orienta-consultas-exames-e-cirurgias-que-nao-sejam-urgentes-devem-ser-adiados), no sentido de serem adiadas consultas, exames e cirurgias que não se enquadrem em casos de urgência e emergência, a fim de liberar leitos para pacientes infectados pelo COVID-19, bem como evitar que pessoas saudáveis frequentem unidades de saúde e possam vir a se contaminar. Porém, a paciente ou casal está (ão) ciente (s) que este procedimento é realizado na Clínica, não necessitando de uso do espaço físico de Hospital ou unidades de saúde;

 **8.** Consoante informe da SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia, associada à AMB – Associação Médica Brasileira (https://drive.google.com/file/d/14hdu6\_rospzES4jMDgYSc\_uS2MMFAVCZ/view), o período de incubação, ou seja, o tempo entre o dia do contato com o paciente doente e o início dos sintomas, é, em média, de 5 dias para a COVID-19. E ainda, aproximadamente 80 a 85% dos casos são leves e não necessitam hospitalização, devendo permanecer em isolamento respiratório domiciliar; 15% necessitam internamento hospitalar fora da unidade de terapia intensiva (UTI) e menos de 5% precisam de suporte intensivo;

 **9.** Caso apresente algum dos sintomas do COVID-19, a paciente deverá informar por telefone o (a) médico (a) responsável pelo seu tratamento de FIV – Fertilização in vitro, a fim de suspender de imediato o procedimento de transferência embrionária, bem como se dirigir ao atendimento médico-hospitalar para ser consultada, somente retornando à continuidade para transferência embrionária após liberação médica e em atenção à Portaria nº 356, de 11/03/2020 do Ministério da Saúde, mediante diagnóstico laboratorial negativo para o COVID-19 (https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46536-saude-regulamenta-condicoes-de-isolamento-e-quarentena);

 Declaramos ciência destas informações e que não nos encontramos em nenhuma das hipóteses elencadas, estando em fase de conclusão do ciclo de RHA, bastando apenas o procedimento de transferência embrionária na Clínica. Após discutido este caso individual, decido ou decidimos pela realização da transferência embrionária, motivo pelo qual firma o presente termo de consentimento informado, externando a decisão.

 Declaramos, igualmente, estar cientes de que o tratamento adotado não assegura a garantia de sucesso na fertilização e, em caso de eventual intercorrência durante o procedimento, fica autorizado (a) o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

 Por fim, declaramos estar ciente que não há evidência clínica e/ou certeza acerca de alguns meios de transmissão do COVID-19, a exemplo, através de sêmen, relações sexuais. Está (ão) ciente (s) que deve adotar cautelas de segurança para evitar o contágio, seguindo as orientações do SUS – Sistema Único de Saúde divulgadas pelos meios de comunicações e dos profissionais de saúde que lhe prestarem atendimento.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso seu pleno consentimento para sua realização.

**DISPONIBILIDADE DE ESCLARECER NOVAS DÚVIDAS**

 Se desejar mais informação além do que está neste termo, você poderá solicitar em qualquer momento. Será sempre um prazer atendê-los.

 Este consentimento é válido somente para este ciclo de tratamento.

Recebemos cópia deste formulário.

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nome legível do paciente Nome legível do responsável**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Assinatura do paciente Assinatura do responsável**

Certifico que antes do início do tratamento e antes que a (os) paciente (s) assine (m) este documento:

**1 -** Algum dos membros da equipe forneceu informação necessária para que se tome uma decisão.

**2 -** Orientei os pacientes com relação ao tratamento indicado e discutimos as dúvidas surgidas e, acredito ter esclarecido satisfatoriamente a todas elas. Entendo que a (os) paciente (s) compreendeu (compreenderam) suficientemente o que foi explicado e concorda (m) em realizar o tratamento proposto.

Joinville, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nome legível do médico Assinatura do médico**

 **CRM:**