

"Procedimiento para Fecundación Asistida"
Prestaciones Salud - Eq Planeamiento
(VERSIÓN 1 - NOVIEMBRE 2013)



SOLICITUD DE FECUNDACIÓN ASISTIDA Apéndice 1 - Anexo I

N. y Apellido del solicitante: Sexo: Masculino Femenino Edad: años
IOSE Nº: / DNI/LE/LC Nº Tel.
N. y Apellido de la pareja: Sexo: Masculino Femenino Edad: años
IOSE Nº: / DNI/LE/LC Nº Tel.

ANTECEDENTES:

Tiempo de Infertilidad años Grupo sang y Rh
Enf. Genética conocida: Si No ¿Cuál?
Enf. Crónica de pac : Si No ¿Cuál?
Abortos a repetición: Si No Nº Endometriosis: Si No Grado
Inf. Transmisión sexual o vertical: Sífilis Gonorrea Hepatitis B Hepatitis C VIH
Est. Beta Hemolítico Grupo B Toxoplasmosis Chagas Rubéola CMV
Varicela HSV 1 y 2 Parvovirus B19 Otra ¿Cuál?
Hijos: Si No ¿Cuántos?

ESTUDIOS REALIZADOS Y TRATAMIENTOS:

Seminograma: Hipospermia Azoospermia Criptospermia Otros
Progesterona (2da fase del ciclo): Normal Patológica Describa:
HSG: Normal Patológica Describa:
Ecografía: Normal Patológica Describa:
Factor etiológico: Masculino Ovulatorio Tuboperitoneal Mixto Origen desconoc.
Otras causas ¿Cuál/es?
Otros tratamientos de FA ¿Cuál/es?
Institución/es donde se realizó: Año/s:

TRATAMIENTO FA INDICADO ACTUAL: Tipo:
Institución:

MEDICAMENTOS INDICADOS (relacionados o vinculados):
.....
.....

OTROS DATOS DE INTERÉS:

Obesidad HTA Dislipidemia Sedentarismo: Tabaco
Alcohol Inmunológicos Otros (especificar):
Act. Física Si No Tipo de actividad física/deporte:
Alergias Hipotiroidismo DBT Otros:

Observaciones:
.....
.....

Delegación:
Lugar y Fecha de atención:

Firma y Sello del Profesional

Apéndice 2 al ANEXO I (hoja 1)

A. NOTIFICACIONES DE LOS AFILIADOS:

Dejo constancia que he tomado conocimiento:

1. De las diferencias de cobertura en la medicación para el que aporta al FSE.
2. Que no podré comenzar con los procedimientos hasta que no cuente con la autorización de la Obra Social.
3. Que seré responsable de entregar en la Delegación:
 - a. Apéndice 1 al ANEXO I Solicitud de Fecundación Asistida.
 - b. Historia Clínica Completa y pormenorizada.
 - c. Fotocopia de Exámenes complementarios avalatorios con los que se llegó al diagnóstico y a la actual indicación médica.
 - d. Fotocopia/s de Consentimiento/s Informado/s.
 - e. En caso de aportar al Fondo Solidario de Emergencia, Fotocopia de Recibo de Haberes para certificación de aporte al mismo.
4. He tomado conocimiento del contenido del Apéndice 3 al ANEXO I (Información acerca de “Criopreservación y Donaciones en Reproducción Médicamente Asistida”), del cual he tenido oportunidad de hacer preguntas aclaratorias al Médico Auditor de la Delegación, firmando el mismo.

LUGAR Y FECHA

**NOMBRE Y APELLIDO
AF. TITULAR N°**

FIRMA

Apéndice 2 al ANEXO I (hoja 2)

B. NOTIFICACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN FERTILIZACIÓN ASISTIDA

Estimado Profesional:

Le acercamos el Apéndice 1 del Anexo I, diagramado en nuestra Obra Social, con el fin de poder otorgar a nuestro Afiliado el beneficio de la realización de tratamiento de fecundación asistida.

Le pedimos que lea atentamente y lo complete en su totalidad. Además solicitamos adjunte un resumen de historia clínica ampliatorio y pormenorizado ya que el mismo será considerado especialmente por nuestra Auditoría Médica. También estamos dispuestos a recibir las sugerencias que considere conveniente acercarnos.

A modo de ejemplo y a fin de que Ud. pueda contar con los datos requeridos por nuestra Obra Social, a continuación se detalla la **DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR POR LOS AFILIADOS:**

- **Historia Clínica Completa**, con la descripción pormenorizada y secuencial por la que se realizó el diagnóstico, incluyendo los siguientes datos: edad actual, tiempo de esterilidad, comorbilidades, si existen enfermedades de transmisión vertical, antecedentes de aborto, conductas de riesgo (hábitos tóxicos, exposiciones laborales e información sobre su implicancia en la fertilidad).
- **Estudios complementarios realizados** aportarán información de: Serologías, espermograma, dosajes hormonales, ecografías, histerosalpingografía, grupo sanguíneo y Rh, ecodoppler testicular, cultivos vaginal / cervical, cultivo seminal, laparoscopia, biopsia testicular, etc. Se adjuntarán sus protocolos. En el caso de no contar con alguno de los mismos, se dará por válida la información detallada vertida por el médico tratante en la historia clínica.

Agradeceremos, tenga a bien informar toda vez que los datos se modifiquen, y cumplimentar una nueva planilla cada vez que el paciente solicite un tratamiento, en caso de fallo de anteriores.

LUGAR Y FECHA

Firma y Sello del Médico Especialista.

Apéndice 3 al ANEXO I

INFORMACIÓN PARA EL AFILIADO DE IOSE

“Criopreservación y Donaciones en Reproducción Médicamente Asistida”

La Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida y su Decreto Reglamentario 956, hace referencia de estas técnicas sin especificar normativa al respecto.

Si bien esta Obra Social cuenta con un extenso antecedente en otorgar el beneficio de Fecundación Asistida, con respecto a estos procedimientos / técnicas, no posee ninguna experiencia. Por tal motivo, consideramos pertinente que nuestros Afiliados reciban información sobre:

La **Criopreservación** en Fecundación Asistida es una técnica que consiste en el mantenimiento de gametos, tejidos reproductivos y embriones mediante el congelamiento y almacenamiento de huevos fecundados resultantes de procedimientos de FIV (Fecundación In-Vitro) e ICSI (Microinyección intracitoplasmática de un espermatozoide dentro de un óvulo).

También se usa como técnica de preservación de fertilidad en pacientes con diagnóstico de enfermedades que puedan comprometer la salud reproductiva o de sus respectivos tratamientos.

Aún con los tratamientos más cuidadosos no pueden excluirse la posibilidad de que se fecunde un número de óvulos superior a los que se van a transferir en cada proceso.

En la nueva Ley no se encuentra especificado:

- Tiempo y procedimiento para mantenimiento de los mismos.
- Destino futuro de los embriones criopreservados.
- Procedimiento para considerar el descarte de los mismos, en cuanto al modo, momento, lugar y responsable, teniendo en cuenta que no se contempla un período máximo.

En relación de las **Donaciones de semen, ovocitos y embriones**, tampoco se cuenta con legislación al respecto. Las mismas son voluntarias y anónimas.

Que sean anónimas significa que los futuros niños perderían los derechos a su identidad y a recibir toda la información necesaria vinculada a su salud relacionada con el donante (enfermedades infecciosas, congénitas, hereditarias, otras).

Los óvulos de cada donante, se le asignan a varias receptoras, pudiendo ser los mismos compartidos (material genético) por distintas pacientes. Sin filiación de los mismos, no se tendría conocimiento de su grado de parentesco, por lo cual a futuro, estos niños, si estuviesen relacionados y buscando un embarazo, las combinaciones genéticas de ambos y su descendencia podrían quedar expuestas a potenciales patologías de origen genético y hereditario.

**“Procedimiento para Fecundación Asistida”
Prestaciones Salud - Eq Planeamiento
(VERSIÓN 1 - NOVIEMBRE 2013)**

Esta Obra Social, considera que la INFORMACIÓN, debe constituirse como el elemento más importante y esencial de las prácticas de estas técnicas, para que de esta manera los Afiliados con esta indicación posean los criterios y conocimientos de las mismas para la toma de su decisión.

Se envió una carta al Ministerio de Salud de la Nación, a los efectos de aclarar conceptos de la mencionada Ley, en orden a su competencia legal como autoridad de aplicación, aguardándose respuestas de las mismas.

He leído este documento informativo, lo he comprendido, aceptado y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar dudas.

Lugar y Fecha.....

.....
Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma
DNI N°:.....		DNI N°:.....	
N° Afiliado.....		N° Afiliado.....	

Médico Auditor (firma y aclaración).....