

	<p style="text-align: center;">CONSENSO INFORMATO PER UTILIZZO EMBRIONI CRIOCONSERVATI MO 04.OCT.DMI.FIR</p>	<p style="text-align: center;">Rev. 03 del 23/01/2014 pag 1 di 2</p>
<p style="text-align: center;">Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR</p>		

La sottoscritta _____ nata il __/__/__

documento _____

e il sottoscritto _____ nato il __/__/__

documento _____

acconsentono

all'utilizzo, ai fini di iniziare una gravidanza, di numero _____ embrioni

crioconservati in data __/__/__ presso il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione –

Azienda USL Rimini.

firma per conoscenza ed accettazione

testimone _____ data __/__/__

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini</p>	<p>CONSENSO INFORMATO PER UTILIZZO EMBRIONI CRIOCONSERVATI MO 04.OCT.DMI.FIR</p>	<p>Rev. 03 del 23/01/2014 pag 2 di 2</p>
<p>Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR</p>		

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI FECONDAZIONE ASSISTITA
PER PAZIENTI CON PATOLOGIE SPECIFICHE IN CORSO O POTENZIALI**

(consenso da compilare con l'aiuto dei medici)

Con la presente si dichiara che la Partner femminile:

non è immune verso:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> il virus della rosolia | <input type="checkbox"/> il citomegalovirus |
| <input type="checkbox"/> il protozoo della toxoplasmosi | <input type="checkbox"/> _____ |

Con la presente si dichiara che il partner maschile / la partner femminile è

portatore/portatrice di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> virus Epatite B(DNA negativo) | <input type="checkbox"/> virus Epatite C (RNA negativo) |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

I medici hanno chiaramente spiegato loro il rischio che l'assenza della immunità comporta, se la malattia viene contratta durante la gravidanza e\o il rischio di possibile trasmissione dell'infezione al nascituro.

Dichiarano di sapere di essere entrambi **portatori eterozigoti**:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> per il gene β -talassemico (microcitemico) | <input type="checkbox"/> per la fibrosi cistica |
| <input type="checkbox"/> per il favismo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> per altra anomalia genetica _____ | |
| <input type="checkbox"/> altra condizione di rischio _____ | |

I medici della UO hanno chiaramente spiegato loro i rischi connessi alla/e patologia/e in questione.

I sottoscritti dichiarano infine che, pur a conoscenza di quanto comunicato dal risultato delle analisi eseguite, hanno comunque deciso di effettuare il tentativo di Fecondazione Assistita.

Esami non eseguiti come da protocollo dello screening richiesto:

Gli accertamenti non hanno evidenziato una condizione di aumentato rischio specifico per le patologie oggetto dello screening _____.

Data

Firma della paziente

Firma del partner