

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>CONSENSO INFORMATO PER LA CRIOCONSERVAZIONE DEI GAMETI MASCHILI MO. 06. OCT. DMI. FIR.</p>	<p>Rev. 04 del 08/01/2014 pag 1 di 1</p>
<p>Dipartimento Materno Infantile U.O. Fisiopatologia della Riproduzione - Rimini</p>		

Io sottoscritto _____

nata a _____ il _____

Residente a _____

Via _____

Telefono _____

Documento di identità _____

motivo congelamento _____

Dichiaro

1. Di essermi rivolto spontaneamente presso la struttura e di aver depositato presso la “Banca del seme” il mio liquido seminale
2. Di essere stato informato dal Dottore _____
 - sulle modalità di crioconservazione del seme
 - che tale liquido seminale può essere utilizzato e/o ritirato solo dal sottoscritto escludendo in maniera assoluta la possibilità di donazione a terzi
 - che la struttura provvederà alla crioconservazione per il periodo di 1 (uno) anno
 - che tale periodo può essere rinnovato solo ed esclusivamente dal sottoscritto
 - che in mancanza di tale richiesta di rinnovo, la struttura non sarà piu’ tenuta a conservare il liquido seminale

Mi impegno

ad informare la struttura su eventuali cambiamenti di domicilio

Manlevo

Il Centro da qualsiasi responsabilità relativa alla conservazione del seme per danni allo stesso non direttamente imputabili ad incuria e/o trascuratezza quali in via esemplificativa e non esaustiva: eventi atmosferici, incendio, furto, atti vandalici, fughe di gas, spandimenti di acqua ecc..

Sono stato informato

- che non è garantita la capacità fertilizzante del liquido seminale conservato
- che potrebbe rendersi necessario il ricorso a tecniche di Procreazione Medico Assistita piu’ avanzate quale la iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI)
- che i rischi per una eventuale gravidanza ottenuta utilizzando il seme congelato sono quelli relativi alla tecnica utilizzata per il concepimento

data __/__/____

Firma _____

Il medico _____