

	<b>CONSENSO INFORMATO</b> <b>CICLO SCONGELAMENTO OVOCITI</b> <b>MO 12. OCT. DMI. FIR</b>	<b>Rev. 03</b> <b>del 23/01/2014</b> <b>pag 1 di 3</b>
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

Io sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ 11\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Documento n° \_\_\_\_\_

Io sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ 11\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Documento n° \_\_\_\_\_

### **Dichiariamo**

- di essere stati da Voi informati in merito alle modalità di prelievo e di conservazione tramite congelamento degli ovociti in data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_.
- In specie, siamo stati informati delle seguenti nozioni relative al concepimento tramite ovociti congelati, sulle quali ad ogni effetto prestiamo la nostra accettazione:
- la metodica di fecondazione degli ovociti oggetto di congelamento una volta scongelati è la microiniezione (metodo ICSI), indipendentemente dalla qualità del campione seminale;
- a oggi circa il 50% degli ovociti custoditi tramite congelamento, al momento del scongelamento, degenera rendendosi così inutilizzabile a finalità procreative (percentuale calcolata ad un esame di circa 750 ovociti inerenti a circa 80 casi);
- a oggi risulta riportato in letteratura, e quindi conosciuto scientificamente, un numero assai esiguo di gravidanze ottenuto a seguito di congelamento di ovociti
- a oggi i nati a seguito del congelamento di ovociti non presentano incidenze di patologie differenti nel modo e nel numero da quelle che colpiscono i nati tramite concepimento naturale. Tuttavia il numero dei casi presi in considerazione, inferiore alle cento unità, è troppo esiguo per poter trarne una valutazione in tal senso attendibile.
- Verranno trasferiti secondo le disposizioni di legge un massimo di 3 embrioni. L'equipe embriologica inseminerà/inietterà un numero di ovociti atto a ottenere un massimo di 3 embrioni che verranno tutti trasferiti. Ai sensi della legislazione Italiana non sarà consentito ottenere embrioni sovranumerari.

	<b>CONSENSO INFORMATO</b>	Rev. 03
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	<b>CICLO SCONGELAMENTO OVOCITI</b> MO 12. OCT. DMI. FIR	del 23/01/2014 pag 2 di 3

- Siamo coscienti inoltre che in questa condizione, non essendo in nessun modo prevedibile la probabilità di fecondazione e divisione degli ovociti, sarà possibile non avere embrioni da trasferire.
- E' vietata la soppressione degli embrioni e la riduzione embrionaria di gravidanze plurime ( art.14 comma 1 e 4 legge n.40 del 24.2.2004)

\* \* \*

Diamo atto che il contenuto del presente documento è stato in ogni punto oggetto di mia libera manifestazione di volontà. Nondimeno, per Vostro scrupolo, noi sottoscritti ribadiamo e dichiariamo ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 c.c., di approvare espressamente e separatamente tutte le clausole su estese.

Cattolica, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Testimone \_\_\_\_\_

	<b>CONSENSO INFORMATO CICLO SCONGELAMENTO OVOCITI MO 12. OCT. DMI. FIR</b>	Rev. 03 del 23/01/2014 pag 3 di 3
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

**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 $\beta$ -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** .....

	<b>CONSENSO INFORMATO CICLO SCONGELAMENTO OVOCITI MO 12. OCT. DMI. FIR</b>	<b>Rev. 03 del 23/01/2014 pag 4 di 3</b>
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

**Firma del partner** .....