

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	CONSENSO INFORMATO PER IL RITIRO DI MATERIALE BIOLOGICO CONGELATO PRESSO IL CENTRO (gameti) MO. 13 .OCT. DMI. FIR	Rev. 02 del 22/03/2010 PAG 1 di 1
--	--	---

Il sottoscritto _____ nato il __/__/_____

documento N° _____

In data __/__/_____

Chiede

di poter ritirare n° ____ Paillettes di gameti congelate presso il Centro di Fisiopatologia della Riproduzione Ospedale Cervesi di Cattolica (RN) il _____

Dichiaro che

Sono a conoscenza che tale materiale è stato conservato in Azoto liquido dalla data di congelamento suddetta.

In data _____ vengono trasferite n° ____ paillettes dalle nostre banche in un contenitore di azoto liquido procurato dal Sig. _____.

Il Trasferimento viene eseguito dal Dott. _____ sotto visione diretta del sottoscritto.

Precisiamo che, una volta rimossi dal suddetto contenitore, se non trattati in maniera opportuna, sono destinate alla lisi cellulare e che per qualsiasi inconveniente che potrebbe avvenire durante il trasporto dovrà risponderne il paziente.

Non rimane in questa struttura altro materiale biologico appartenente alla coppia

firma per conoscenza ed accettazione

Testimone _____ Data __/__/_____