

	CONSENSO INFORMATO - TESE MO. 14. OCT. DMI. FIR	Rev. 02 del 22/03/2010 pag 1 di 3
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

Biopsia testicolare per il prelievo di spermatozoi per tecniche di Procreazione Medico Assistita (TESE)

INDICAZIONI PER IL PAZIENTE

1. *Pazienti con diagnosi di azoospermia secretiva/ostruttiva*

Prima del ricovero nel reparto di Chirurgia – Ospedale Cervesi di Cattolica

- Il giorno programmato per l'aspirazione dei follicoli, presentarsi insieme alla signora presso l'ambulatorio Sterilità alle ore 7-7.15;
- L'infermiera dell'ambulatorio Sterilità indicherà il luogo e l'ora stabilita per la raccolta del liquido seminale, qualora richiesto dai medici del Centro;
- Indicazioni sulla necessità o meno di procedere alla biopsia testicolare e, quindi, al ricovero presso il reparto possono essere date solo dopo 2 ore dalla raccolta del liquido seminale (tempo necessario per il Laboratorio per la verifica)

Durante il ricovero

prima dell'intervento

- tricotomia completa
- profilassi antibiotica: *Primobactam 1g IM 30 minuti prima dell'intervento*

dopo l'intervento


- ghiaccio in sede e riposo a letto per 2 ore

al momento della dimissione

- controllo della medicazione
- prescrizione della terapia da effettuarsi a domicilio

a domicilio

- copertura antibiotica: *Levoxacin 250, 1cp/die per 5 gg* (salvo diversa prescrizione da parte del medico di reparto)
- terapia antinfiammatoria: *Nimedex bustine, 1/die per 3 giorni* (salvo diversa prescrizione da parte del medico di reparto)
- controllo della ferita chirurgica 3 giorni dopo l'intervento, presso il medico di fiducia, non è necessaria la rimozione dei punti di sutura (materiale utilizzato è riassorbibile, (salvo diversa indicazione da parte dell'operatore)

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini	CONSENSO INFORMATO - TESE MO 14. OCT. DMI. FPR	Rev. 02 del 22/03/2010 pag 2 di 3
---	--	---

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		
--	--	--

Atto di consenso al prelievo di spermatozoi direttamente dall'epididimo o dal testicolo (MESA/TESE)

Siamo stati informati che:

1) nel caso in cui sia necessario ricorrere al prelievo degli spermatozoi direttamente a livello dell'epididimo o del testicolo attraverso un intervento chirurgico:

1. E' possibile che non vengano reperiti spermatozoi e che di conseguenza, non sia possibile utilizzare gli eventuali oociti recuperati
2. La metodica utilizzata per l'inseminazione richiede l'iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi (ICSI)
3. In presenza di recupero considerato adeguato, le percentuali di fertilizzazione degli oociti sono del 40-50%: non è garantita quindi la formazione di pre-embriani

2) Qualora all'atto chirurgico vengano prelevato spermatozoi in eccesso rispetto a quanto necessario per completare il trattamento


- diamo il consenso alla crioconservazione
- non diamo il consenso alla crioconservazione

3) Conformemente agli accordi intercorsi, qualora sia stato possibile crioconservare gli spermatozoi ottenuti dal prelievo chirurgico, il materiale sarà conservato per la durata di 1 (uno) anno a partire dalla data dell'intervento. A seguito di successive intese, si potrà eventualmente convenire una ulteriore proroga del deposito in oggetto, nel qual caso il paziente dovrà firmare un nuovo consenso prima della scadenza del termine.

4) Condizione indispensabile per il mantenimento del materiale congelato è la ripetizione dei test HIV, HCV, HBsAg, VDRL-TPHA a 6 (sei) mesi dalla data dell'intervento.

Si sottolinea che:

- a) la qualità del campione crioconservato è comunque soggetta a degrado biologico connesso con le attuali tecniche di crioconservazione;
- b) non si avrà diritto a nessun indennizzo nel caso che, per qualsiasi motivo non dipendente da incuria del personale del Centro, si verificasse la perdita o il deterioramento del campione depositato
- c) il materiale crioconservato può essere richiesto solo dal paziente da cui è stato prelevato

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini</p>	<p>CONSENSO INFORMATO - TESE MO 14.. OCT. DMI. FIR</p>	<p>Rev. 02 del 22/03/2010 pag 3 di 3</p>
---	---	--

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		
--	--	--

**Il sottoscritto _____
con il presente consenso autorizza il personale specializzato consulente ad eseguire sulla mia
persona l'intervento per il recupero di spermatozoi.
Sono conscio della mancata certezza che l'intervento dia esito positivo e dei rischi genetici
legati all'atto operatorio.**

Sig. _____

Sig.ra _____

Il Medico _____

Data _____