

| | | |
|---|--|---|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini | Trasferimento/Ritiro materiale biologico MO.96.OCT.DMI. FIR | Rev. 01 del 27/11/2012 pag 1 di 6 |
| Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR | | |

ISTRUZIONI

Questo documento deve essere compilato nella (sessione 1, sessione 3 e sessione 4) dal centro d'origine (INVIANTE). La compilazione deve avvenire in presenza dei proprietari del materiale crioconservato che richiedono l'INVIO del materiale biologico dal centro d'origine, ad un altro centro (RICEVENTE). La modulistica adeguatamente compilata deve essere inviata al centro RICEVENTE. Successivamente deve essere concordato un appuntamento per il ritiro del campione. Il centro Ricevente può richiedere la compilazione del seguente modulo, nel caso in cui la documentazione pervenuta dal centro d'origine non sia completa dei requisiti di legge.

SESSIONE 1: IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

| ALLEGATI | DESCRIZIONE | CONFERMA PRESENZA |
|-----------------|--|--------------------------|
| 1 | Consenso informato al congelamento firmata dai pazienti (copia conforme all'originale) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Documento d'identità valido (copia conforme all'originale) | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Referto congelamento | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Referto esami infettivi | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Altro: | <input type="checkbox"/> |

Dati UOMO (allegare copia documento d'identità valido)

| | | | | | | |
|--------------------|--|-----------|------------------|---------|-----------|--|
| Nome | | | | Cognome | | |
| Data di nascita | | Luogo | | | Provincia | |
| Città di residenza | | Indirizzo | | | N° | |
| CAP | | Provincia | | | Tel.fisso | |
| Cellulare | | E-mail | | | | |
| Doc. di Identità | | | Numero | | | |
| Emesso da | | | Data di scadenza | | | |
| Firma | | | | | | |

Dati DONNA (allegare copia documento d'identità valido)

| | | | | | | |
|--------------------|--|-----------|------------------|---------|-----------|--|
| Nome | | | | Cognome | | |
| Data di nascita | | Luogo | | | Provincia | |
| Città di residenza | | Indirizzo | | | N° | |
| CAP | | Provincia | | | Tel.fisso | |
| Cellulare | | E-mail | | | | |
| Doc. di Identità | | | Numero | | | |
| Emesso da | | | Data di scadenza | | | |
| Firma | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini | Trasferimento/Ritiro materiale biologico MO.96.OCT.DMI. FIR | | Rev. 01 del 27/11/2012 pag 2 di 6 |
| | Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR | | |

Il sottoscritto.....
La sottoscritta.....

preso atto dell'informativa ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali*

ACCONSENTE/ACCONSENTONO

ai sensi dell'art. 76 comma 1 b) del D. Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali per finalità di procreazione medicalmente assistita, ed in particolare alla loro comunicazione

dal centro PMA

al centro PMA

data

firma..... firma.....

SESSIONE 2: IDENTIFICAZIONE DEL CENTRO PMA CHE RICEVE IL MATERIALE

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------|----------|----------|
| Nome Centro | | | | |
| Città | | Indirizzo | | No. |
| Cap | | Provincia | | Telefono |
| Fax | | Cellulare | | |
| E-mail | | | Sito web | |
| Resp. Centro PMA | | | | |
| Responsabile di laboratorio | | | | |
| Personale referente | | | | |

SESSIONE 3: IDENTIFICAZIONE DEL CENTRO PMA D' ORIGINE (INVIANTE)

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------|---------|----------|
| Nome Centro | | | | |
| Città | | Indirizzo | | No. |
| Cap | | Provincia | | Telefono |
| Fax | | Cellulare | | |
| E-mail | | | Website | |
| Resp. Centro PMA d'origine | | | | |
| Responsabile di laboratorio | | | | |
| Personale referente | | | | |

SESSIONE 4: IDENTIFICAZIONE DEL MATERIALE CRIOCONSERVATO

Data esecuzione procedura: _____

Tipo di materiale:

| | | | | | |
|----------------------------------|---|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ovociti | <input type="checkbox"/> Liquido seminale | <input type="checkbox"/> Tessuto ovarico | <input type="checkbox"/> Zigoti | <input type="checkbox"/> Embrioni Day _____ | <input type="checkbox"/> Blastocisti |
|----------------------------------|---|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|

MOTIVO DI CRIOCONSERVAZIONE

| | | |
|----------------------------|--|--|
| OVOCITI/TESSUTO OVARICO | <input type="checkbox"/> Mancata raccolta liquido seminale | |
| | <input type="checkbox"/> Sovrannumero | |
| | <input type="checkbox"/> Oncologici | |
| | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ | |

| | | |
|------------------|--|--|
| LIQUIDO SEMINALE | <input type="checkbox"/> Per scopi psicologici | <input type="checkbox"/> Oncologici |
| | <input type="checkbox"/> Per parametri seminali alterati | <input type="checkbox"/> Lesioni midollari |
| | <input type="checkbox"/> Da prelievo biotico (TESE) | <input type="checkbox"/> Eiaculazione retrograde |
| | <input type="checkbox"/> Da ago aspirato (TESA) | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |
| | <i>specificare altre info:</i> | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| ZIGOTI, EMBRIONI, BLASTOCISTI | |
| | |
| | |
| | |

S.4.C DESCRIZIONE QUALITÀ E QUANTITÀ' DEL MATERIALE CRIOCONSERVATO

(Liquido seminale: Volume Concentrazione Morfologia, Motilità %)

(Ovociti/Tessuto ovarico-Zigoti-Embrioni-Blatocisti: qualità, N°. ovociti-tessuto ovarico-zigoti-
embrioni/dispositivo di crioconservazione)

Oppure allegare referto

NOTE _____

Metodo di congelamento:

- Lento
 Rapido
 Vitrificazione

Infettivologia Paziente

Laboratorio di esecuzione test inf.:

| Marker | Data | Esito | Note |
|-------------------------|------|-------|------|
| HBsAg | | | |
| Anti-HBc | | | |
| Anti-HCV | | | |
| HIV | | | |
| VDRL-TPHA | | | |
| Altro:..... | | | |
| allegare referto | | | |

| | | |
|--|--|--|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini | Trasferimento/Ritiro materiale biologico MO.96.OCT.DMI. FIR | Rev. 01 del 27/11/2012 pag 4 di 6 |
| | | |

Infettivologia Partner (se necessario)

Laboratorio di esecuzione test inf.:

| Marker | Data | Esito | Note |
|-------------------------|------|-------|------|
| HBsAg | | | |
| Anti-HBc | | | |
| Anti-HCV | | | |
| HIV | | | |
| VDRL-TPHA | | | |
| Altro:..... | | | |
| allegare referto | | | |

Informazioni stoccaggio:

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------|-----------|--|
| Banca | | | Canister | |
| Colore goblet | | Colore pesino | | |
| Tipo di Terreno | | N° Lotto | | |
| Dispositivo di congelamento | <input type="checkbox"/> Paillette | | | |
| | <input type="checkbox"/> Vials | | | |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ | | | |
| N° Dispositivi di congelamento usati | | | Operatore | |

Informazioni sul materiale crioconservato trasferito:

| | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|
| N° di dispositivi di congelamento | | Residuo nel centro d'origine | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|

Il Centro di PMA _____ dichiara che:

- Il contenitore da trasporto
 è stato fornito dal centro inviante è stato inviato fornito dal centro ricevente
 è stato fornito dal paziente
- Il contenitore da trasporto
 è stato preparato dal centro ricevente è stato preparato dal centro inviante
- In data _____ alle ore _____ rilascia nelle mani di _____ il campione suddetto dopo applicazione dell'etichetta e dopo aver adeguatamente informato il paziente che diventa da questo momento responsabile del trasporto

Firma del responsabile del trasporto

Witness

| Invio materiale biologico | |
|---------------------------|---|
| | Il responsabile del trasferimento del centro inviante recupera dall'alloggiamento presso cui è stoccato il campione e chiede ad un collega E al paziente di verificare i dati presenti sullo stesso. Poi trasferisce il campione nel contenitore da trasporto facendo verificare al paziente il livello di riempimento con azoto liquido. |
| A | Operatore che trasferisce il campione dalla banca di stoccaggio alla banca da trasporto |
| | Cognome nome |
| | firma |
| B | Operatore che controlla i dati sul/sui goblet |
| | Cognome nome |
| | firma |
| C | Proprietario del materiale biologico |
| | Cognome nome |
| | firma |

Data di preparazione

Firma e timbro del Responsabile del centro di PMA
INVIANTE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

INFORMAZIONI SUL RICEVIMENTO MATERIALE

ISTRUZIONI:

Questa sessione deve essere compilata al momento del ricevimento del materiale e inviata (tramite posta, o fax) ai recapiti del centro inviante

SESSIONE 5: ACCETTAZIONE MATERIALE CRIOCONSERVATO

| DATA | ORA | OPERATORE | |
|------|-----|----------------|-------|
| | | NOME E COGNOME | FIRMA |
| | | | |

VERIFICA CONDIZIONI DI TRASPORTO

| DESCRIZIONE | STATO | | AZIONE CORRETTIVA |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| IMBALLAGGIO E CONTENITORE | CONFORME <input type="checkbox"/> | NON CONFORME <input type="checkbox"/> | |
| ETICHETTA GOBLET | CONFORME <input type="checkbox"/> | NON CONFORME <input type="checkbox"/> | |
| LIVELLO AZOTO/TEMPERATURA | CONFORME <input type="checkbox"/> | NON CONFORME <input type="checkbox"/> | |
| DOCUMENTAZIONE D'ACCOMPAGNAMENTO | CONFORME <input type="checkbox"/> | NON CONFORME <input type="checkbox"/> | |
| ETICHETTA CONTENITORE | CONFORME <input type="checkbox"/> | NON CONFORME <input type="checkbox"/> | |

VERIFICA MATERIALE

N° DISPOSITIVI DI CONGELAMENTO: _____

Witness

| Ricezione materiale biologico | |
|-------------------------------|---|
| A | Il responsabile del ricevimento recupera dalla banca di trasporto il materiale biologico e lo trasferisce nella banca di stoccaggio. Poi fa verificare ad un secondo operatore e al paziente sia i dati presenti sul/sui goblet che il livello di azoto |
| | Operatore che trasferisce il campione dalla banca di trasporto alla banca di stoccaggio |
| | Cognome nome _____ |
| | firma _____ |
| B | Operatore che controlla i dati sul/sui goblet |
| | Cognome nome _____ |
| | firma _____ |
| C | Proprietario del materiale biologico |
| | Cognome nome _____ |
| | firma _____ |

ASSEGNAZIONE POSIZIONE DI STOCCAGGIO

Banca Canister Goblet

| | |
|------|---|
| Data | Firma e timbro del Responsabile del Centro di PMA RICEVENTE |
| | |