



Centro di Procreazione Medicalmente assistita di I e II Livello
 Resp. Clinico: Dott. Eugenio Caroli Casavola

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER PROCREAZIONE
 MEDICALMENTE ASSISTITA
 Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n.40**

Noi sottoscritti _____ nato il _____ a _____
 _____ nato il _____ a _____

accettiamo di essere sottoposti a un ciclo di

INSEMINAZIONE INTRAUTERINA (PMA I Livello)

FECONDAZIONE IN VITRO ED EMBRYO TRANSFER (PMA II e III Livello) con:

- Inseminazione in vitro classica con tecnica ICSI
 su ovociti freschi su ovociti scongelati

TRASFERIMENTO DI EMBRIONI CONGELATI

dichiaro di avere preliminarmente effettuato uno/più colloquio/i in data _____ con il
 Dott. _____ della struttura sopra indicata nel corso del/i
 quale/i siamo stati informati, in modo chiaro ed esaustivo, in merito ai seguenti punti:

1. la possibilità di ricorrere agli strumenti offerti dalla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di affidamento ed adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;
2. i requisiti oggettivi e soggettivi di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, ai sensi degli articoli 1, commi 1 e 2, 4, comma 1, e 5, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
3. le conseguenze giuridiche per l'uomo, per la donna e per il nascituro, connesse agli articoli 8, 9 e 12, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
4. le sanzioni di cui all'articolo 12, commi 2, 4, 5 e 6, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;

Art. 1 Finalità

1. Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.
2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità.

Art. 4 Accesso alle Tecniche

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

Art.5 Requisiti soggettivi

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

Art.8 Stato giuridico del nato

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.

Art. 9 Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.
2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.
3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

Art.12 Divieti generali e sanzioni

2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'articolo 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenni ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 a 400.000 euro.
3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.
4. Chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all'articolo 6 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.
5. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 10 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 300.000 euro.
6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro.

5. i problemi bioetici conseguenti all'applicazione delle tecniche;

Il ricorso alle procedure di PMA può sollevare problemi che si collegano con la sensibilità etica individuale, ad esempio a riguardo della separazione tra vita sessuale e vita riproduttiva. Utilizzare una procedura medica per superare ostacoli al concepimento e accettare una procedura che implica una fecondazione extra-corporea significa di fatto modificare l'assetto tradizionale, e per alcuni la dignità, del processo procreativo. Un altro argomento è quello della tutela dell'embrione. Tra i principi ai quali si è ispirata la legge 40 c'è la tutela del concepito che costituisce un controverso argomento di interesse bioetico.

7. Le diverse **tecniche impiegabili**, incluse le tecniche di PMA di tipo eterologo e la possibilità per uno dei componenti della coppia di donare gameti, nonché le procedure e le fasi operative di ciascuna tecnica, con particolare riguardo alla loro invasività nei confronti della donna e dell'uomo, ai sensi dell'articolo 6, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;

1. **stimolazione ovarica:** il trattamento potrebbe richiedere l'utilizzazione di farmaci mirati ad ottenere una crescita follicolare multipla;

2. **monitoraggio ecografico e/o ormonale:** la crescita follicolare verrà controllata mediante **prelievi di sangue** per il dosaggio di ormoni prodotti dai follicoli ovarici ed **indagini ecografiche seriate** ;

3. **IUI(PMA di I livello):** il liquido seminale, opportunamente preparato in laboratorio, viene depositato **nella cavità uterina**.

4. **FIVET(PMA di II e III livello):** l'incontro tra i gameti femminili e quelli maschili avviene **in vitro**. Gli embrioni ottenuti a seguito della fecondazione ovocitaria vengono trasferiti nella cavità uterina dopo 2 o 3 giorni dal prelievo dei gameti. La tecnica FIVET prevede numerose fasi:

4.1 **prelievo ovocitario:** avviene per via vaginale sotto controllo ecoguidato in anestesia locale o generale (sedazione profonda); il numero degli ovociti non sempre corrisponde al numero dei follicoli e non tutti possono essere idonei alla tecnica di PMA di cui si è sottoscritto il consenso;

4.2 **raccolta e preparazione del liquido seminale:** il liquido seminale viene preparato mediante tecniche atte a favorire la capacità fecondante degli spermatozoi. In caso di campioni prodotti fuori dal centro i dati identificativi devono essere apposti sul contenitore dal soggetto interessato il quale deve fornire una autocertificazione della consegna del proprio campione di liquido seminale controfirmata dall'operatore che accetta il campione; in caso di assenza di spermatozoi nell'eiaculato o in caso di aneiaculazione gli spermatozoi potranno essere prelevati dal testicolo e/o dall'epididimo tramite recupero chirurgico degli spermatozoi. In alternativa, gli ovociti recuperati potranno essere crioconservati per un eventuale successivo trattamento;

4.3 **inseminazione in vitro degli ovociti:** la fecondazione in vitro potrà avvenire mediante fecondazione in vitro classica o mediante tecnica ICSI (microiniezione). La modalità di inseminazione potrà essere diversa da quella prestabilita se i biologi al momento dell'esecuzione della tecnica prescelta non riscontreranno i gameti idonei a tale scopo;

4.4 **valutazione della fecondazione e della crescita embrionale:** qualora dall'indagine osservazionale vengano evidenziate gravi anomalie irreversibili dello sviluppo di un embrione, il medico responsabile della struttura ne informa la coppia ai sensi dell'art. 14, comma 5. Ove in tal caso il trasferimento dell'embrione, non coercibile, non risulti attuato, la coltura in vitro del medesimo deve essere mantenuta fino al suo estinguersi. Verrà prodotto un numero di embrioni strettamente necessario a conseguire il risultato utile nel caso concreto (come da decisione del medico responsabile della coppia, sottoscritta a pag 9 del presente consenso). Questa scelta viene effettuata a tutela delle esigenze di procreazione e del diritto alla salute della donna.

4.5 **trasferimento embrionale:** avviene per via trans-vaginale.

5. **congelamento embrionale:** è in generale vietato (Art. 14.comma 1 "E' vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194."). Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile (art. 14 comma 3). Qualsiasi embrione che non sia trasferito in utero verrà congelato con onere a carico del centro di procreazione medicalmente assistita in attesa del futuro impianto (Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 16 Agosto 2004). Inoltre, in deroga al principio generale di divieto di crioconservazione, potranno essere crioconservati gli eventuali embrioni soprannumerari ove il loro trasferimento risulti contrario o alle esigenze di procreazione e/o all'interesse alla salute del paziente (Sentenza Corte Costituzionale n. 151/2009).

6. **crioconservazione gameti maschile e femminile:** è consentita la crioconservazione previo consenso informato e scritto.

7. l'impegno dovuto dai richiedenti (con riguardo anche ai tempi di realizzazione, all'eventuale terapia farmacologica da seguire, agli accertamenti strumentali e di laboratorio da esperire, alle visite ambulatoriali ed ai ricoveri, anche in day hospital, da effettuare);

8. possibili effetti collaterali sanitari conseguenti all'applicazione della tecnica:

Nelle pazienti affette da endometriosi non si può escludere che ripetute stimolazioni farmacologiche delle ovaie mediante gonadotropine possano determinare una recrudescenza della stessa.

Non esiste a tuttora, dopo oltre 40 anni dell'uso routinario dei farmaci utilizzati per l'induzione dell'ovulazione, l'evidenza che questi possano aumentare il rischio di tumori all'ovaio e alla mammella (Fertil.Steril. vol 83 n2, 2005).

L'eventuale instaurarsi di una gravidanza può aggravare patologie già presenti nel soggetto (diabete, cardiopatie, nefropatie ecc) in misura analoga ad un concepimento naturale ed in maggior misura in caso di gravidanza multipla.

9. possibili effetti psicologici conseguenti all'applicazione della tecnica:

Gli effetti psicologici primari dell'infertilità possono essere: ansia, stress psicosociale e psicofisico, frustrazione e disadattamento coniugale etc. Le reazioni alla scoperta dell'infertilità possono essere: shock, rifiuto, collera, angoscia, senso di colpa, dolore etc. L'infertilità può rappresentare un trauma narcisistico il cui superamento dipende dalla possibilità di risoluzione del problema, dalla struttura caratteriale dell'individuo e dall'equilibrio che la coppia stabilisce. Nella coppia l'infertilità può inficiare la comunicazione, la progettualità, il desiderio e l'attività sessuale. Tale condizione clinica può favorire l'isolamento sociale, l'emergere di conflitti, lo sviluppo di sintomi stress-correlati quali ansia, insonnia, diminuzione dell'autostima, depressione, ostilità, calo del desiderio, diminuzione della frequenza e della spontaneità dei rapporti sessuali. Le tecniche finalizzate all'ottenimento di una gravidanza possono rappresentare un disagio psicologico per il tipo di procedura da utilizzare, per i tempi relativi al trattamento, per le probabilità di successo o fallimento, per il coinvolgimento di persone esterne alla coppia in una sfera intima. La consulenza psicologica può aiutare a far emergere questa sofferenza per elaborarla e contenerla, ed è quindi consigliata.

Per quanto riguarda lo sviluppo psico-affettivo del nuovo nato, i dati della letteratura sembrano confermare che non sia diverso da quello dei nati da concepimento spontaneo (Hum.Reprod. Vol 19,n.12, 2004 ; dati dal Report della Organizzazione Mondiale della Sanità del 2002, pag.287).

10. **probabilità di successo della tecnica:** nessuna tecnica di procreazione medicalmente assistita garantisce l'ottenimento di una gravidanza. Le percentuali di successo dei differenti trattamenti sono legate all'età della donna, alla patologia e possono variare notevolmente da coppia a coppia e da ciclo a ciclo.

Dichiariamo di aver letto integralmente e compreso i contenuti riportati in questa pagina e che siamo stati invitati a confrontarci con il Responsabile della Struttura in caso di dubbi sui contenuti di questa parte del consenso. 3

Firma della donna _____ Firma dell'uomo _____

*Siamo stati informati che: non esistono attualmente test del tutto attendibili sul liquido seminale in grado di verificare che gli spermatozoi fertilizzino gli ovociti anche in caso di microiniezione (ICSI); la percentuale di casi in cui **non si ottiene fecondazione** è del 3% (Human Reproduction 1995; 10 (10): 2630-6. Human Reproduction 1998; 13 Suppl 1: 155-64). Siamo stati informati inoltre della possibilità di **mancato recupero degli ovociti** anche in caso di stimolazione ovarica apparentemente nella norma: l'incidenza di tale evenienza varia in letteratura dallo 0,1% allo 0,9% (Human Reproduction 1998; 13 (1): 84-7). Esiste ed accettiamo l'eventualità che il ciclo di trattamento possa **essere sospeso** in caso di difficoltà concernenti la risposta individuale alla stimolazione. Conveniamo che l'esito dell'eventuale positivo concepimento rimane estraneo dalla Vostra sfera di competenze e responsabilità. Resterà nella nostra libera e personale determinazione ogni decisione sulla scelta di ricorrere alla diagnosi prenatale (amniocentesi, villocentesi, salvo altre) per escludere eventuali malformazioni fetali, anomalie cromosomiche ed in genere malattie genetiche del nascituro, ovvero la scelta di accettare la possibilità di queste evenienze*

10. possibili rischi per la donna derivanti dalla tecnica:

- 1. l'uso dei farmaci per la stimolazione ovarica espone ad un rischio di insorgenza **della sindrome di iperstimolazione ovarica severa (OHSS)** che può richiedere l'ospedalizzazione urgente. Tale sindrome comporta alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico ed emocoagulativo e si associa ad un abnorme aumento del volume delle ovaie, versamento ascitico, pleurico, possibile comparsa di fenomeni tromboembolici e varie altre complicazioni. La letteratura riporta incidenze variabili dallo 0,5% al 5% (Hum Repr, 2002 8(6):559-577). Qualora il rischio di sviluppare tale condizione sia elevato i medici del centro potranno decidere di: -sospendere il ciclo -crioconservare gli ovociti - o, nei casi di insorgenza post-fertilizzazione, di non effettuare il trasferimento degli embrioni e di procedere alla crioconservazione degli stessi ed al loro trasferimento differito non appena le condizioni di salute lo permettano, come previsto (Art. 14 comma 3). Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione, e' consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile*
- 2. In pazienti geneticamente predisposte per trombofilia, esiste un potenziale rischio di patologia trombotica a seguito della condizione di iperestrogenismo indotto dalla stimolazione ovarica ormonale.*
- 3. la percentuale di **gravidanze extrauterine** riportata in letteratura è del 2.1% (Fertil Steril 2004 81(5) 1207-20);*
- 4. se il prelievo degli ovociti viene eseguito in anestesia, sono implicati i rischi generici della procedura anestesiológica adottata, mentre le **complicanze derivanti dal prelievo ecoguidato** di ovociti sono percentualmente molto basse e comprendono infezioni pelviche (0,6%), complicanze di tipo emorragico come sanguinamento addominale (0,07%) e perforazione dei vasi iliaci (0,04%) che possono richiedere un ricovero ospedaliero urgente con eventuale intervento chirurgico laparoscopico o laparotomico (J. Assisted Repr Genet 1993 Jan; 10(1): 72-7), rottura di corpo luteo e torsione ovarica (incidenza di 0,008%) che richiede un ricovero ospedaliero urgente con intervento chirurgico laparoscopico (Arch Gynecol Obstet 2002;267(1):4-6.);*
- 5. Esiste inoltre la possibilità che il prelievo ovocitario esiti in un **mancato recupero di ovociti** o nel recupero di soli ovociti immaturi o post maturi non utilizzabili per la inseminazione. Il rischio è circa dello 0.4% e costituisce un fallimento totale del trattamento.*
- 6. Non è esclusa la possibilità di **complicanze infettive** derivanti dal trasferimento intrauterino di embrioni.*
- 7. Il trasferimento in utero di più di un embrione espone al **rischio di gravidanza multipla** (gemellare o trigemina), con un aumentato rischio di patologie durante la gravidanza (diabete, ipertensione, gestosi, rottura prematura di membrane) e la necessità di ricorrere quasi sempre ad un taglio cesareo. Anche il trasferimento di un singolo embrione può portare all'insorgere di gravidanza gemellare (circa 4%; Fertil Steril 2011) e molto raramente plurima. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è **vietata la riduzione embrionaria** di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n.194. 5.*
- 8. L'incidenza di **aborto spontaneo** è sovrapponibile a quella esistente in caso di concepimento naturale.*

11. Possibili rischi per il/i nascituro/i derivanti dalla tecnica:

- 1. La valutazione del rischio di anomalie, malformazioni, patologie neonatali è molto difficile e presenta diversi problemi che sono: l'età materna superiore rispetto alla media della popolazione, la possibile presenza di fattori genitoriali collegati alla sterilità, la valutazione di tali patologie che non è univoca e che è sicuramente più accurata e protratta nel tempo nei bambini nati da fecondazioni assistite. Considerato tutto questo, secondo i dati di letteratura più recenti e più ampi per quanto riguarda i casi analizzati, il rischio di malformazioni è lievemente aumentato nei bambini nati da fecondazione assistita rispetto ai nati della popolazione normale. Una recente review riporta un aumento dal 3.1% dei nati da concepimento naturale ad un 4.1% dei nati da PMA (Sepulveda, Patrizio, 2005), secondo un altro studio è del 4,6% nei bambini concepiti spontaneamente e 5,6% in quelli concepiti a seguito di FIVET o ICSI (Hum Repr 2001) o, in un più recente studio prospettico, 6,1% nei bambini concepiti spontaneamente e 8,7% in quelli concepiti a seguito di FIVET o ICSI (Fertil Steril 2004). In un'ampia valutazione effettuata sui dati più recenti della letteratura emerge l'importanza del background familiare più che della tecnica in sé sull'aumento del rischio di malformazioni congenite in bambini nati da tecniche di procreazione medicalmente assistita (Placenta 2008). I nati da ICSI per un fattore severo di infertilità maschile hanno un aumentato rischio di alterazioni cromosomiche (de-novo: 1.6% verso 0.5%; trasmesse: 1.4% verso 0.4% della popolazione normale). L'aumento sembra essere più correlato alla alterata qualità dei parametri seminali che non alla tecnica ICSI di per sé (Bonduelle et al. Human.Reprod., 2002). Inoltre non sembrano esserci differenze statisticamente significative riguardo alla presenza di eventuali patologie neonatali in bambini nati con tecnica ICSI utilizzando spermatozoi freschi, provenienti da eiaculato o da prelievo chirurgico (Fertil Steril 2011). Riguardo la differenza fra la percentuale di malformazione in bambini nati su ciclo fresco o su congelato mediante FIVET/ICSI la maggior parte della letteratura è concorde nel ritenere che, anche in questo caso, non vi sono differenze statisticamente significative fra i due gruppi di studio 7(Hum Repr 2011) Infine i dati relativi allo sviluppo cognitivo e psicomotorio sono concordi nel non rilevare alcuna differenza fra i concepiti spontaneamente o a seguito di FIVET e ICSI (Hum Repr 2003; Pediatrics 2005; Hum Repr Up 2008). Questi dati sono stati confermati da un recente lavoro che valuta oltre a questi due aspetti anche la loro capacità di socializzare rispetto a bimbi nati spontaneamente (Neuropediatrics 2011).*
- 2. Qualora si instauri una gravidanza gemellare (o trigemina) esiste un aumentato rischio che ciascuno dei gemelli abbia deficit fisici e/o mentali alla nascita. Non vi sono dati allo stato attuale che consentano di escludere completamente implicazioni a lungo termine sulla salute dei bambini nati con la fecondazione in vitro classica (e con la tecnica ICSI). Siamo a conoscenza che esistono esami diagnostici (prelievo di villi coriali e amniocentesi) in grado di mettere in evidenza la maggior parte di anomalie cromosomiche durante la gravidanza.*

Dichiariamo di aver letto integralmente e compreso i contenuti riportati in questa pagina e che siamo stati invitati a confrontarci con il Responsabile della Struttura in caso di dubbi sui contenuti di questa parte del consenso. 4

Firma della donna _____ Firma dell'uomo _____

3. se un partner è portatore di un'infezione virale vi è la possibilità che venga trasmesso al prodotto del concepimento .

12. Grado di invasività della tecnica per le varie fasi, nei confronti della donna e dell'uomo:

- 1. L' invasività della tecnica è modesta e riguarda sostanzialmente l'intervento di prelievo di ovociti sulla partner femminile. Si tratta di un intervento per via transvaginale ecoguidata eseguito in regime di chirurgia ambulatoriale o di day-surgery in anestesia locale o generale.
- 2. In caso in cui il recupero di spermatozoi richieda una biopsia del testicolo o dell'epididimo, questo si effettua in anestesia locale o generale e comporta generalmente un periodo di riposo del paziente per circa una settimana salvo complicazioni.
- 3. Il transfer di embrioni, che consiste nell'introduzione del catetere attraverso il canale cervicale, è effettuato ambulatorialmente, non richiede degenza nè anestesia e presenta un grado di invasività molto bassa.

13. Limiti dell'applicazione della tecnica sugli embrioni di cui all'articolo 14 della legge 40/2004 di seguito descritti:

- Articolo 14** (limiti dell'applicazione delle tecniche sugli embrioni)
- 1. e' vietata la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978 n.194;
 - 2. le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, devono creare un numero di embrioni strettamente necessario a conseguire il risultato utile (Sentenza Corte costituzionale N. 151/2009) ;
 - 3. qualora il trasferimento in utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione e' consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile;
 - 4. ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita e' vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978 n.194
 - 5. i soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti da trasferire nell'utero;
 - 6. la violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti e' punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro;
 - 7. e' disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell' esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo;
 - 8. e' consentita la crioconservazione dei gameti maschili e femminile, previo consenso informato e scritto;
 - 9. la violazione delle disposizioni di cui al comma 8 e' punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro

14. Possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili:

a) consento alla crioconservazione a mie spese dei gameti maschili: SI
NO

Firma

b) consento alla crioconservazione a mie spese dei gameti femminili: SI
NO

Firma

Nell'esprimere la volontà che i miei ovociti soprannumerari vengano congelati dichiaro di essere stata chiaramente ed esaurientemente informata sui seguenti aspetti sui quali convengo:

- La metodica di crioconservazione degli ovociti è la vitrificazione (Rienzi et al, 2010; Ubaldi et al, 2010). La metodica di fecondazione degli ovociti scongelati è la ICSI indipendentemente dalla qualità del liquido seminale
- Non vi sono differenze significative nello sviluppo degli embrioni derivanti da ovociti svitrificati rispetto alla controparte fresca (Rienzi et al, 2010).
- il congelamento degli ovociti è una tecnica di recente introduzione. I pochi dati pubblicati relativi alla salute dei bambini nati a seguito di questa tecnica non rivelano al momento alcuna patologia (Noyes et al 2010). La valutazione del rischio di anomalie, malformazioni, patologie neonatali è comunque molto difficile. E' ragionevole presumere una incidenza di anomalie cromosomiche e di malformazioni non inferiori a quella riscontrata nei bambini nati dopo ICSI.
- ogni anno mi impegno a concordare una proroga mediante sottoscrizione della custodia degli ovociti

Confermo di esonerare il centro nonché i medici e il personale tecnico in genere che per vostro conto avranno ad operare da qualsiasi responsabilità, salvo l'esecuzione secondo idonea e professionale diligenza delle prestazioni afferenti il prelievo e la custodia degli ovociti/spermatozoi. Ciò fermo, nell'ipotesi in cui gli ovociti/spermatozoi venissero sottratti da terzi ovvero subissero distruzioni o avarie per fatti imputabili a vostra colpa, convengo che la vostra eventuale responsabilità risarcitoria venga limitata nella misura pecuniaria di Euro 400,00 (quattrocento/00) + IVA ove applicabile. In caso di mia morte o nel caso in cui risultassi irrintracciabile (a questo proposito mi impegno a comunicarvi eventuali mie variazioni di recapito), è mia volontà che il vostro centro dia corso a quanto indicato tra le due opzioni di seguito indicate:

- utilizzi gli ovociti per scopi di ricerca, ovvero possa a proprio insindacabile giudizio lasciarli estinguere**
- lasci estinguere gli ovociti/spermatozoi**

Autorizzazione all'utilizzo degli ovociti soprannumerari per la ricerca:

- autorizzo l'utilizzo per finalità di ricerca (che non comporti la fertilizzazione) degli ovociti soprannumerari non utilizzati nel corso del trattamento SI NO

Acconsentiamo all'esecuzione della consulenza psicologica prevista dalla normativa vigente e propostami dalla Struttura

Sig.ra _____

Sig. _____

Dichiariamo di NON ACCONSENTIRE all'esecuzione della consulenza psicologica prevista dalla normativa vigente e propostami dalla Struttura

Sig.ra _____

Sig. _____

Quanto sopra considerato, si esprime consapevolmente la propria volontà di accedere alla tecnica di Procreazione Medicalmente Assistita proposta

Luogo e data, _____

Sig.ra _____ documento _____

Sig. _____ documento _____

Si allega al presente consenso il modello M-FIV28 "Condizioni economiche - Pratiche Fivet a pagamento"

Il Ginecologo che ha effettuato il colloquio

.....

Il Responsabile del Centro
Dr. B.BARBA