

Sig.ra (COGNOME e NOME): _____ 

Età ____ Nata a _____ il ____/____/____

PARTNER:

Sig. (COGNOME e NOME): _____

Età ____ Nato a _____ il ____/____/____

Ai sensi di:

- **Legge 40/2004** "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" pubblicata su G.U.R.I. n. 45 del 24 febbraio 2004 (*disponibile copia completa presso l'accettazione del CRA srl o sul sito www.cragroup.it*)
- **D.L. 16 dicembre 2004 n. 336** "Regolamento recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita" pubblicato su G.U.R.I. n. 42 del 21 febbraio 2005
- **D.L. 6 novembre 2007 n. 191** "Attuazione della Direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani"
- **Sentenza della Corte Costituzionale n. 151** 1 aprile - 8 maggio 2009 pubblicata su G.U.R.I. Prima Serie Speciale n. 19 del 13 maggio 2009 (*disponibile copia completa presso l'accettazione del CRA srl o sul sito www.cragroup.it*)
- **Sentenza della Corte Costituzionale n. 162** 9 aprile - 10 giugno 2014 pubblicata su G.U.R.I. Prima Serie Speciale n. 26 del 18 giugno 2014 (*disponibile copia completa presso l'accettazione del CRA srl o sul sito www.cragroup.it*)
- **D.L. 25 gennaio 2010 n. 16** "Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 04/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani"

DICHIARIAMO:

- la volontà di essere sottoposti ad un ciclo di concepimento assistito denominato: "FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO DI EMBRIONI IN UTERO"
- di avere preliminarmente effettuato un colloquio in data ____/____/____ con il Dr. _____ della Struttura sopra indicata, nel corso del quale siamo stati informati, in modo chiaro ed esaustivo sui **metodi, sui problemi, sui possibili effetti e sulle conseguenze delle seguenti pratiche mediche:**

 FIVET (Fecondazione in Vitro e Transfer di Embrioni in Utero)  **ICSI** (Fecondazione in Vitro tramite Microiniezione Intra-citoplasmatica dello Spermatozoo e Transfer di Embrioni in Utero)

Tra l'apposizione della firma e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a 7 giorni pena l'impossibilità di accedere alla tecnica stessa

In particolare siamo stati informati dettagliatamente dal personale medico e biologico del CRA srl in merito ai seguenti punti:

1. È stato redatto e da noi condiviso, con l'equipe medico-biologica della Struttura, un programma terapeutico individualizzato finalizzato a individuare il **numero massimo di ovociti da inseminare** e l'eventuale **numero massimo di embrioni da trasferire**, sulla base delle nostre caratteristiche anamnestiche e cliniche, tenuto conto dell'evoluzione tecnico scientifica e secondo scienza e coscienza medica. Questo programma terapeutico condiviso è stato redatto in coerenza con il dettato della Sentenza della Corte Costituzionale n. 151/09 e delle sue motivazioni, che danno priorità alla salute della donna ed autonomia al medico nelle necessarie scelte professionali, sempre attuate con il consenso dei pazienti.
2. **Nessuna tecnica di concepimento assistito garantisce la gravidanza**; siamo stati peraltro informati sulla probabilità di successo, considerando vari fattori quali l'età della donna, la causa e la durata dell'infertilità e la tecnica utilizzata.

| | Percentuale di gravidanza per trasferimento di embrioni |
|--|---|
| CRA (2015) | 40,4 % |
| Media dei Centri italiani Istituto Superiore di Sanità (2014) | 27,2 % |

3. Siamo a conoscenza ed abbiamo compreso che la procedura FIVET/ICSI eseguita presso il CRA srl implica diversi stadi (di seguito descritti in dettaglio) dei quali siamo stati informati dal medico con cui abbiamo effettuato il colloquio.
Siamo a conoscenza che ognuno di questi stadi potrebbe comportare qualche rischio come descritto nei paragrafi seguenti:

Tappe del Ciclo FIVET/ICSI - Rischi e problematiche connesse alla tecnica

- A. Il trattamento farmacologico per l'**induzione della crescita follicolare multipla (CFM)** consiste nella somministrazione di farmaci utilizzati per la stimolazione ovarica, con l'eventuale associazione di agonisti od antagonisti del GnRH e di farmaci che inducono l'ovulazione.
Siamo a conoscenza che vari farmaci sono disponibili per l'induzione dell'ovulazione nella partner femminile e che questi sono somministrati per via intramuscolare o sottocutanea, ciò può causare bruciore o fastidio nel sito di iniezione.
Siamo a conoscenza che la somministrazione dei farmaci per la "CFM" comporta, per la partner femminile, monitoraggi ravvicinati attraverso ecografie trans vaginali e prelievi di sangue.
Siamo a conoscenza che il monitoraggio ecografico con sonda vaginale verrà effettuato in date stabilite dal personale medico. Questa procedura può comportare minimo fastidio, ma non presenta alcun rischio conosciuto nella scienza medica.
Relativamente all'utilizzo dei farmaci utilizzati per la stimolazione ovarica, uno studio condotto dal 1994 al 2011 su 87.403 donne, non ha rilevato alcuna correlazione significativa tra l'impiego di tali sostanze per fecondazione assistita e rischio di cancro mammario endometriale e/o ovarico (Fertil. Steril. Vol 99 n 5, 2013).
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.
L'induzione farmacologica dell'ovulazione espone nel 0,6% dei casi alla "**sindrome da iperstimolazione ovarica**" (**OHSS**) **severa** (Human Reproduction Vol. 31, N°2 pp 233-248, 2016) che può richiedere ospedalizzazione per le cure del caso (alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico ed emocoagulativo).
Una lieve iperstimolazione ovarica si realizza frequentemente. Qualora la risposta alla stimolazione fosse ad alto rischio di iperstimolazione, potranno essere adottate le seguenti misure precauzionali:

- sospensione del ciclo;
- non esecuzione del trasferimento degli embrioni e crioconservazione degli stessi;
- somministrazione di albumina umana;
- somministrazione di altri farmaci dopo il pick-up.

L'induzione farmacologica dell'ovulazione potrebbe esitare in una risposta ovarica insufficiente. Anche in questo caso si potrebbe sospendere il ciclo.

In entrambi i casi la sospensione sarà refertata e motivata.

Siamo inoltre a conoscenza dell'importanza di mantenerci in stretto contatto con il personale medico del CRA durante tutto il periodo di somministrazione di questi farmaci e per le due settimane seguenti il prelievo ovocitario ed il transfer degli embrioni, fino al dosaggio plasmatico della beta-hCG.

- B. Il **prelievo degli ovociti** viene eseguito in regime di day-hospital ambulatoriale presso la struttura del CRA srl. La partner femminile sarà sottoposta al prelievo degli ovociti mediante aspirazione dei follicoli ecoguidata transvaginale. Si utilizza un ago specifico, si esegue in anestesia locale / analgesia / sedazione, senza intubazione orotracheale (IOT).

Siamo a conoscenza che questa **procedura presenta piccoli rischi** dovuti alla sedazione ed alla procedura chirurgica. Indipendentemente dalla corretta esecuzione della tecnica, molto raramente si può avere un sanguinamento anomalo **(0,1%)**. Questo raro inconveniente, qualora il sanguinamento non si arrestasse con la terapia farmacologica, potrebbe richiedere un intervento chirurgico (laparoscopia o laparotomia) con ospedalizzazione.

Il giorno del pick-up al partner maschile viene chiesto di produrre un campione di liquido seminale, prima del prelievo ovocitario. Nel caso in cui il campione dovesse presentare un numero di spermatozoi molto al di sotto dei parametri attesi, è possibile che venga richiesto un secondo campione.

In alcuni casi, quando è disponibile un campione congelato, si procede allo scongelamento del liquido seminale o dei gameti maschili dopo autorizzazione e firma dell'apposito consenso informato.

Siamo a conoscenza che il recupero degli ovociti non può essere garantito. **In alcuni casi non si recuperano ovociti (3%)**, oppure **ovociti immaturi/anormali (2,5%)** e pertanto non utilizzabili per la inseminazione.

- C. **FIVET**: siamo a conoscenza che gli ovociti recuperati, saranno valutati e preparati per l'inseminazione dai biologi del CRA. Il campione di liquido seminale del partner sarà anch'esso valutato e preparato per l'inseminazione.

Siamo a conoscenza che **non tutti gli ovociti inseminati saranno in grado di fertilizzarsi**; altresì **raramente è possibile che nessuno degli ovociti si fertilizzi**. In tal caso non si procederà al transfer embrionale.

- D. **ICSI**: per eseguire la procedura ICSI tutti gli ovociti recuperati saranno trattati con un enzima allo scopo di rimuovere le cellule che li circondano in vivo per poterne valutare la maturità. Solo gli ovociti allo stadio di Metafase II saranno sottoposti ad ICSI.

Il campione di liquido seminale del partner sarà anch'esso valutato e preparato per l'inseminazione. Gli spermatozoi saranno depositati in una soluzione altamente viscosa che rallenta i loro movimenti. Solo gli ovociti maturi e secondo il numero stabilito preventivamente, saranno inseminati tramite l'iniezione di un singolo spermatozoo direttamente nel citoplasma dell'ovocita utilizzando un micromanipolatore.

- E. Siamo stati informati che non esistono attualmente test sul liquido seminale in grado di garantire che gli spermatozoi (anche di pazienti normospermici) fertilizzino gli ovociti.

La percentuale di ovociti maturi che mostrano una normale fertilizzazione è circa il 70-75%.

L'esito dell'inseminazione sarà comunicato telefonicamente ai numeri da noi indicati il giorno seguente il prelievo ovocitario.

Siamo a conoscenza che esiste la possibilità, anche nel caso dell'ICSI, che nessuno degli ovociti prelevati si fertilizzino, e che pertanto il **trasferimento in utero degli embrioni non venga eseguito.**

- F. Questa procedura prevede il trasferimento di embrioni in utero dopo che la fecondazione è avvenuta in vitro con tecnica **FIVET od ICSI.**

Il **trasferimento degli embrioni** viene eseguito solitamente 3 giorni (a volte 2 o 5) dopo il prelievo degli ovociti. Gli embrioni saranno trasferiti all'interno della cavità uterina mediante un sottile catetere che sarà introdotto in utero attraverso il canale cervicale in modo da trasferire gli embrioni a circa 5-10 mm dal fondo uterino.

Siamo a conoscenza che questa procedura può causare nella donna qualche fastidio, dolori pelvici e qualche macchia di sangue e molto raramente lievi infezioni.

- G. Siamo a conoscenza che se dalla partecipazione a questo programma subirà una lesione fisica per un rischio conosciuto o non conosciuto della procedura descritta, immediate cure mediche, incluso ricovero, saranno disponibili. Tuttavia non vi sarà alcun rimborso e io sarò direttamente responsabile per il costo dei trattamenti medici ed eventuale ricovero.

- H. Siamo a conoscenza che la procedura di **congelamento** avverrà tramite vitrificazione, tecnica che implica il contatto del materiale biologico (ovociti/zigoti/embrioni/blastocisti) con sostanze chiamate "**crioprotettori**" (rimosse durante la tecnica di **scongelo**), con azione protettiva. L'uso dei crioprotettori **non garantisce la sopravvivenza del materiale biologico al congelamento/scongelo e quindi il loro utilizzo/ trasferimento in utero.**

Il materiale biologico è stoccato in una apposita "**banca**" costituita dai contenitori criogenici contenenti azoto liquido alla temperatura di -196°C. Gli embrioni **crioconservati** potranno essere **utilizzati, e quindi scongelati e trasferiti** in cicli di fecondazione assistita **solo ed esclusivamente dopo consenso firmato dalla coppia.**

I biologi del CRA comunicheranno il **numero di embrioni sopravvissuti allo scongelamento.**

Siamo consapevoli che il materiale biologico dopo tecnica di scongelamento può arrestare la sua crescita in vitro **con conseguente sospensione del ciclo.**

Nella tecnica di **scongelo embrionale** (in uso dal 1986), **i dati sui bambini nati**, pubblicati annualmente dalla Società Europea di Riproduzione Umana e di Embriologia (ESHRE), a tutt'oggi non hanno messo in evidenza aumentati rischi di malformazioni maggiori, anche se non è possibile escludere implicazioni sulla salute del nascituro a lungo termine.

- I. Siamo a conoscenza che per accedere ad un ciclo di PMA entrambi i partner dovranno eseguire esami per lo screening virale e infettivologico come previsto dal **D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 16.** Pertanto **ci impegniamo ad eseguire i seguenti test:**

Anti-HIV-1,2 – HbsAg - Anti-HBc - Anti-HCV Ab - VDRL-TPHA.

Siamo a conoscenza che **l'esito** di questi esami deve garantire l'assenza di infezione in corso, per poter accedere alla metodica di PMA scelta presso il CRA srl e che gli esami devono essere eseguiti **non più di tre mesi prima della data del primo trattamento o entro sei mesi in corso di trattamento** (tra un ciclo e l'altro).

Crioconservazione degli embrioni

4. Nei casi in cui **non risulti possibile, o non opportuno nel rispetto della salute della paziente il trasferimento in utero degli embrioni**, si procederà alla crioconservazione di zigoti /embrioni/ blastocisti fino alla data del trasferimento (da realizzare non appena possibile).

In coerenza con il dettato della Sentenza della Corte Costituzionale n. 151/09, che lascia al medico l'autonomia e la responsabilità di decidere il numero di embrioni strettamente necessario per assicurare un serio tentativo di procreazione assistita, basandosi sulle più accreditate ed aggiornate conoscenze tecnico-scientifiche e nel rispetto della salute della donna e delle sue peculiari caratteristiche, **accettiamo di inseminare il numero di ovociti concordato nel "programma terapeutico individualizzato"**.

Nel caso in cui si ottenesse un numero di embrioni superiore al numero massimo stabilito, gli **embrioni soprannumerari**, in deroga al principio generale di divieto di crioconservazione, **verranno mantenuti in coltura fino al 5° o 6° giorno e crioconservati per essere successivamente trasferiti in utero non appena possibile**.

Inoltre, sempre nel rispetto prioritario della salute della donna, in condizioni cliniche in cui non è auspicabile eseguire ripetuti cicli di stimolazione ovarica per una pregressa o persistente patologia o per condizioni in cui la procedura preveda limiti oggettivi legati alla patologia riproduttiva della coppia (es. pregressa sindrome da iperstimolazione, pazienti ad alto rischio per iperstimolazione, trombofilia congenita o acquisita, oligoastenozoospermia severa, criptozoospermia, azoospermia, pregresse neoplasie ormonodipendenti, malattie autoimmuni, endometriosi IV stadio, patologie sistemiche, pazienti sottoposte a trapianto d'organo, mancata fertilizzazione), si ottimizzerà il singolo ciclo di PMA, inseminando tutti gli ovociti idonei con eventuale crioconservazione di zigoti/embrioni/blastocisti soprannumerari da trasferire in tempi successivi, senza dover ricorrere a nuove stimolazioni ovariche.

Gravidanze Multiple

- Il trasferimento di più di un embrione può esitare in **gravidanza multipla**.
Il Registro Italiano PMA dell'Istituto Superiore di Sanità per l'anno 2014 riporta una percentuale di gravidanze **gemellari** pari al **19,5%** e di quelle **trigemine e quaduple** pari al **1,4%** sul totale delle gravidanze instauratesi.
I **dati Europei** del Registro ESHRE (Human Reproduction Vol.31 N° 2 pp 233-248, 2016), che fanno riferimento all'anno 2011, evidenziano un tasso di gravidanze **gemellari** del **18,6 %** ed un tasso di gravidanze **trigemine** dello **0,6%**.
I dati del **CRA** riferiti all'anno 2016, evidenziano un tasso di gravidanze gemellari pari al **10,9%**.
- Nel caso di **gravidanze plurime**, è descritta in letteratura una **umentata percentuale di rischio sia per la madre** (gestosi, diabete, distacco intempestivo di placenta etc.) **che per i nati** (parto prematuro con basso peso alla nascita, immaturità, insufficienza respiratoria, ritardo nello sviluppo psicomotorio). Tali rischi aumentano in relazione al numero di feti presenti in utero.
- Va precisato che, nel rispetto del comma 4 dell'art. 14 della legge 40/2004, la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, è possibile solo nei casi previsti dalla legge 22/05/1978 n° 194.

Siamo inoltre stati chiaramente informati sui seguenti punti:

Possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento

- Ai sensi della legge 4 maggio 1983, n°184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita.

Conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro

- Dichiariamo di aver preso visione dei seguenti articoli della Legge 40/2004 di seguito riportati:
Articolo 8 (Stato giuridico del nato):
I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti dalla coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6 della legge 40/2004
Articolo 9 (Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre):
1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, 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 in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il donatore dei 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.

Articolo 12 (Divieti generali e sanzioni)

1. 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.

- 10. A questo proposito il partner maschile allorché dichiara di acconsentire al trattamento, lo fa sapendo che la partner femminile, ai sensi delle Linee Guida in materia di procreazione medicalmente Assistita di cui al DM 11/04/2008, n. 101, ha il potere di "ottenere il trasferimento degli embrioni crioconservati", anche contro la sua volontà. Ne deriverà che il nato dal trattamento di PMA per cui si acconsente, risulterà figlio legittimo ovvero riconosciuto, con i conseguenti obblighi di mantenimento e diritti ereditari.**

Possibilità di revoca del consenso

11. da parte di ciascuno dei soggetti della coppia richiedente, fino al momento della fecondazione dell'ovulo di cui all'articolo 6, comma 3 della legge n°40/2004 (della quale è disponibile copia completa presso l'accettazione del CRA o sul sito www.cragroup.it).

Possibile decisione del medico responsabile di non procedere alla procreazione medicalmente assistita

12. di cui all'articolo 6, comma 4 della legge n° 40/2004 (della quale è disponibile copia completa presso l'accettazione del CRA o sul sito www.cragroup.it). In tal caso il medico deve fornire motivazione scritta di tale decisione.

Problemi bioetici connessi all'utilizzo della tecnica

13. Sebbene gli attuali sistemi di coltura embrionale non alterino la capacità intrinseca di gameti ed embrioni al successivo sviluppo, siamo comunque consapevoli che questa fase di coltura extracorporea può avere implicazioni sulla sensibilità etica individuale soprattutto qualora dovesse evidenziarsi l'opportunità di crioconservare gli embrioni.

Risultano sussistere una serie di problemi bioetici connessi:

- a) alle conseguenze sanitarie dovute alla ripetizione dei trattamenti (sulla donna e sull'uomo);
- b) alle conseguenze sanitarie e alle possibilità di vita del feto;
- c) alle possibilità di vita dell'embrione oggetto di crioconservazione.

Alla luce delle informazioni ricevute, la nostra decisione è una scelta libera e consapevole.

L'eventuale necessità di crioconservare embrioni, come conseguenza della decisione dell'equipe medico-biologica, in accordo con la coppia, di trasferire un massimo di embrioni definito nel programma terapeutico individualizzato, comporta l'impegno della coppia a ritornare al Centro non appena possibile perché la donna venga sottoposta al trasferimento degli embrioni crioconservati.

Siamo a conoscenza che, nel caso in cui non dovessimo ritornare al Centro per eseguire il trasferimento degli embrioni crioconservati, questi potrebbero essere crioconservati sine die.

14. In rapporto ai complessi significati personali e di coppia che un concepimento assistito può avere (effetti a carico dell'equilibrio personale, della coppia e dello sviluppo psico-affettivo del nuovo nato), ed in coerenza con il dettato delle linee guida:

Richiediamo l'attività di consulenza di uno psicologo

SI NO



15. 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 (Human Reproduction, Vol. 19, N°12, 2004 ; dati dal Report della Organizzazione Mondiale della Sanità del 2002, pag.287).

Possibili rischi per il/i nascituro/i derivanti dalla tecnica

16. Dichiariamo di essere a conoscenza delle seguenti informazioni:
- Se un partner è portatore del virus dell'epatite B o C, vi è la possibilità che il virus venga trasmesso all'embrione e che questo sviluppi una cirrosi.
 - I dati della letteratura, anche se non perfettamente concordi, **indicano un aumento del rischio di malformazioni nei nati da PMA rispetto ai nati della popolazione normale** (Human Reproduction, Vol. 19, N° 4, 2013).
L'aumentato rischio è in gran parte da attribuire alle diverse popolazioni comparate: popolazione fertile e popolazione infertile. I nati da ICSI per un fattore severo di infertilità maschile hanno un aumentato rischio di alterazioni cromosomiche rispetto alla popolazione normale (de novo: 1.6% versus 0.5%; trasmesse: 1.4% versus 0.4%). **L'aumento sembra essere più correlato alla alterata qualità dei parametri seminali che non alla tecnica ICSI di per sé** (Human Reproduction, Vol. 17, N° 10, 2002). Per quanto riguarda lo sviluppo mentale, non esistono differenze rispetto ai nati da concepimento spontaneo (Human Reproduction, Vol. 19, N° 3, 2013)
 - Come precedentemente descritto, il rischio maggiore di mortalità e morbilità dei nascituri è legato alle gravidanze multiple.
 - Sono riportati in letteratura casi eccezionali in cui l'uso di farmaci utilizzati nei trattamenti di PMA in vivo ed in vitro sarebbero stati causa di malformazioni fetali. Anche per questo motivo si raccomanda di eseguire ecografie morfologiche alle scadenze che saranno indicate dal ginecologo di fiducia che seguirà la gravidanza.
 - Esistono esami diagnostici (prelievo di villi coriali e amniocentesi) in grado di mettere in evidenza parte delle malformazioni fetali e delle anomalie cromosomiche durante la gravidanza. Queste indagini sono fortemente raccomandate, in particolar modo, alle pazienti con età superiore ai 35 anni e nel caso di oligoastenoteratozoospermia grave del partner maschile.
 - Esiste la possibilità di effettuare la diagnosi preimpianto sugli ovociti, sugli zigoti o sugli embrioni ai fini di valutazione genetica e/o cromosomica dell'embrione da trasferire.
 - Il ricorso alla diagnosi preimpianto non esclude comunque l'indicazione al ricorso alla diagnosi prenatale.**

In questo Centro è possibile crioconservare gameti maschili e femminili:

17. Nel caso in cui si disponga di un numero di **ovociti** superiore al numero massimo che si è deciso di inseminare nel programma terapeutico personalizzato, questi possono essere crioconservati.

Crioconservazione tramite **vitrificazione degli ovociti** soprannumerari

Crioconservazione per uso personale

Firma _____



Crioconservazione per donazione

Firma _____



Informazioni economiche

18. Dichiariamo di essere stati informati sui costi del ciclo di trattamento, della crioconservazione dei gameti maschili e femminili e le modalità legate al loro scongelamento.

Dichiariamo di aver preso visione del tariffario allegato.

19. Dichiariamo di avere già provveduto a firmare il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n°196 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali) durante i colloqui preliminari. Siamo coscienti che la mancanza del consenso al trattamento dei dati non consente l'effettuazione della terapia.

Conclusioni

20. Quanto sopra considerato, esprimiamo consapevolmente la nostra volontà di accedere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita proposta che verrà eseguita non prima di sette giorni dal rilascio della presente dichiarazione.

21. Siamo stati incoraggiati a chiedere informazioni ed a qualunque nostra domanda è stata data una risposta soddisfacente.

Future richieste di chiarimenti saranno assolte dal personale del CRA srl.

Il Medico Responsabile della struttura

Sig.ra (Firma partner femminile) _____

Sig. (Firma partner maschile) _____

Firma del Medico _____

Data ____/____/____



Dichiaro di voler revocare il consenso precedentemente espresso

Data ____/____/____

Firma Paziente _____