



Io sottoscritto (il contraente) _____
nato a _____ il ___/___/___ e domiciliato in _____
Via _____
Cod postale _____ Tel _____ cell _____
e per conoscenza Sig/Sig.ra _____ (indicare eventuale
rapporto di parentela) nato/a _____ il ___/___/___ e domiciliato
in _____ Via _____
Cod postale _____ Tel _____ cell _____

su proposta dei medici del Centro CRA accetto di sottopormi al **prelievo degli spermatozoi** ed autorizzo il personale del laboratorio del CRA a crioconservare gli spermatozoi, così prelevati, su mia richiesta.

Sono a conoscenza che:

1. Per accedere alla tecnica dovranno essere eseguiti esami per lo screening virale e infettivologico come previsto dal D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 16. Pertanto mi impegno ad eseguire i seguenti test:
Anti-HIV-1,2 – HbsAg - Anti-HBc - Anti-HCV Ab - VDRL-TPHA.
Sono a conoscenza che l'esito di questi esami deve garantire l'assenza di infezione in corso, per poter accedere alla Biobanca del CRA e/o alla metodica di PMA scelta presso il CRA 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).
2. Il prelievo verrà eseguito in sedazione profonda o anestesia generale senza intubazione.
3. Questo procedimento, come qualsiasi pratica medico-chirurgica, comporta un possibile rischio di complicanze. In questo caso, in particolare, la necessità di assumere in futuro una terapia endocrina sostitutiva.
4. Nel post-operatorio potrebbe presentarsi dolore nella regione scrotale, che potrebbe richiedere impiego di farmaci antidolorifici.
5. In queste tecniche non vi è la certezza di recuperare spermatozoi. Non esistono attualmente metodi o strumenti per predire il ritrovamento di spermatozoi per cui l'intervento deve intendersi come un tentativo ragionevole di reperimento degli stessi.
6. Nel caso in cui non fossero recuperati spermatozoi, allo scopo di avere una diagnosi della patologia in atto nel paziente, i prelievi bioptici testicolari saranno inviati presso il laboratorio di anatomia patologica. Il costo di questo esame è a carico del paziente.
7. La metodica utilizzata per l'inseminazione degli ovociti è l'ICSI (Microiniezione Intra-Citoplasmatica dello Spermatozoo)
8. I campioni di spermatozoi congelati potranno essere utilizzati in cicli di fecondazione assistita e/o distrutti, solo ed esclusivamente dopo mio consenso scritto.

	<p>Tipo di documento: Documento di registrazione</p> <p>Titolo del documento: CONSENSO INFORMATO ALLE TECNICHE DI PRELIEVO DALLE VIE GENITALI MASCHILI E CONGELAMENTO DEGLI SPERMATOZOI PER CICLO DI CONCEPIMENTO ASSISTITO</p> <p style="text-align: center;">Centro Riproduzione Assistita</p>	<p>Codice doc: DRCIN03</p> <p>Revisione: 05</p> <p>Emesso il: 30.01.11</p>
--	---	--

9. In caso di mio decesso i campioni di spermatozoi non potranno essere utilizzati per nessuno scopo ed autorizzo il CRA a distruggere tutti i miei campioni in suo possesso, previa presentazione del certificato di morte da parte di un qualsiasi mio familiare.
10. La qualità del/dei campioni di spermatozoi congelati è soggetta a degrado biologico connesso con le attuali tecniche di crioconservazione.
11. La perdita o il deterioramento per qualsiasi causa del/dei campioni depositati non farà sorgere, in capo al centro CRA e ad eventuali suoi aventi in causa, alcun diritto al risarcimento del danno, salvo che il fatto sia da addebitare a dolo o colpa grave degli operatori del centro CRA.
12. Nel caso in cui interrompessi ogni rapporto con il centro CRA, prima di utilizzare tutto o in parte il/i campioni depositati, il/i campioni verranno conservati non oltre un anno dall'ultimo pagamento effettuato e quindi nell'impossibilità di rintracciarmi o rintracciare la persona da me indicata o di recuperare la somma dovuta, essi verranno distrutti. A tale scopo in data odierna rilascio il mio consenso firmato.
13. **Allo scopo di poter comunicare con me, o con il familiare da me indicato, sono obbligato ad informare il centro CRA di qualsiasi variazione del domicilio/numero telefonico o cellulare mio e della persona da me indicata. Se ciò non succedesse non riterrò responsabile il centro CRA di qualsiasi decisione presa in relazione alla conservazione del/dei campioni congelati di spermatozoi.**


Informazioni economiche

14. Dichiaro di essere stato informato sui costi della prestazione e le modalità legate al loro scongelamento. Dichiaro di aver preso visione del tariffario allegato.
15. Dichiaro 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. Sono cosciente che la mancanza del consenso al trattamento dei dati non consente l'effettuazione della terapia.

Conclusioni

16. Quanto sopra considerato, esprimo consapevolmente la mia volontà di accedere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita proposta che verrà eseguita non prima di sette giorni dal rilascio della presente dichiarazione.
17. Sono stato incoraggiato a chiedere informazioni ed a qualunque mia domanda è stata data una risposta soddisfacente.
Future richieste di chiarimenti saranno assolve dal personale del CRA.

Catania, ___/___/___

Firma del contraente _____ 

Firma del responsabile per il CRA _____

Dichiaro di voler revocare il consenso precedentemente espresso

Data ___/___/___ Firma Paziente _____