


Sig.ra (COGNOME e NOME): \_\_\_\_\_ 

Età \_\_\_\_ Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento d' Identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**dichiaro di essermi rivolta spontaneamente al CRA Centro Riproduzione Assistita per il programma di Crioconservazione Di Ovociti In Pazienti Oncologiche** 

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

**Sono a conoscenza che:**

Gli ovociti prelevati verranno crioconservati poiché il programma terapeutico previsto ( \_\_\_\_\_ ) per la malattia ( \_\_\_\_\_ ) da cui sono affetta potrebbe determinare, a giudizio del mio Oncologo Prof./Dott. \_\_\_\_\_, un danno alla funzione riproduttiva.

Tali ovociti potranno essere utilizzati, nel momento in cui, in futuro, deciderò di tentare di ottenere una gravidanza tramite procedure di fecondazione assistita.

**PRELIEVO OVOCITARIO:**

1. Verrò sottoposta a stimolazione ovarica mediante gonadotropine in conseguenza della quale si avrà lo sviluppo di più follicoli ovarici con conseguente aumento dei valori di estradiolo plasmatico fino a livelli di 1500-2500 pg/ml; sono stata informata dall'Oncologo dei possibili rischi oncologici aggiuntivi.

La suddetta terapia espone, nonostante il monitoraggio ecografico ed ormonale, al rischio di iperstimolazione ovarica. Tale patologia, nella forma più severa (0,6% dei casi - Human Reproduction Vol. 31, N° 2 pp233-248, 2016), può richiedere il ricovero ospedaliero, per poter fornire le cure del caso in quanto questa sindrome può comportare un aumento di volume delle ovaie, versamento ascitico in cavità addominale e varie alterazioni dei parametri ematici.

2. Il ciclo può essere sospeso a discrezione dei Medici del Centro se la risposta ovarica individuale non fosse adeguata.

3. Il prelievo ovocitario verrà effettuato per via transvaginale sotto controllo ecografico. Sono 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.

4. Nonostante che i parametri del monitoraggio dell'ovulazione si dimostrino normali, è possibile non ottenere ovociti al momento del prelievo ovocitario.

#### **CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI:**

1. Il Centro è tenuto esclusivamente alla corretta modalità di conservazione criobiologica degli ovociti, ciò significa che esonerò espressamente il Centro stesso ed i suoi Operatori da ogni responsabilità derivata dal mancato concepimento in caso di utilizzo degli ovociti per una fecondazione assistita, inoltre esonerò il Centro ed i suoi Operatori da ogni responsabilità in caso di patologie che si dovessero verificare a seguito dell'utilizzo degli ovociti (aborti, parti prematuri, malformazioni fetali) e trasmissioni di agenti infettivi presenti nel campione prelevato;
2. Dichiaro espressamente che, ove questi casi dovessero verificarsi, rinuncerò a qualsiasi azione legale nei confronti del Centro e dei suoi Operatori, dal momento che, come sopra scritto, la loro sola obbligazione è quella della corretta conservazione dei miei ovociti;
3. Il Centro non garantisce l'integrità degli ovociti allo scongelamento. Attualmente la sopravvivenza ovocitaria dopo scongelamento non supera il 70%, (*Hum Reprod*, 2001, vol. 16(3): 411) e i risultati clinici in termini di gravidanze sono riportati, in letteratura (Fabbri et al., 2001; Coticchio et al., 2001; Chen et al., 2003).
4. La tecnica di fecondazione assistita (ICSI), che verrà utilizzata per il trattamento degli ovociti sopravvissuti al congelamento, non garantisce l'ottenimento di embrioni da trasferire in utero né l'instaurarsi della gravidanza;
5. Il Centro provvede alla crioconservazione degli ovociti per il periodo di un anno, tale periodo potrà essere rinnovato solo ed esclusivamente con autorizzazione della sottoscritta.
6. Sono a conoscenza che posso, in qualsiasi momento, chiedere al CRA l'autorizzazione a trasferire, motivandone la necessità, gli ovociti crioconservati in altra sede a mio carico e sotto la mia responsabilità in caso di danneggiamento dei campioni.
7. Mi impegno a comunicare al CRA – Centro Riproduzione Assistita eventuali variazioni sul mio desiderio di mantenere crioconservati gli ovociti. Preso atto che in questo caso gli ovociti non possono essere resi disponibili per donazione, dispongo che essi vengano lasciati estinguere. Nel caso che essi possano essere utilizzati a scopo di ricerca, mi ritiene fin d'ora disponibile ad esprimere la mia opinione, che dovrà essere vincolante per i richiedenti la medesima.
9. Mi impegno a rimanere in contatto con il CRA – Centro Riproduzione Assistita provvedendo a comunicare a quest'ultimo ogni variazione del domicilio sopra indicato.

Firma Paziente \_\_\_\_\_ 

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dichiaro di voler revocare il consenso precedentemente espresso**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Paziente \_\_\_\_\_