



CONSENSO INFORMATO II° LIVELLO

Dichiarazione di CONSENSO INFORMATO per CICLO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA ai sensi della legge 19 febbraio 2004

Id. Coppia _____

Noi sottoscrittinato il.....a

.....nata il.....a

accettiamo di essere sottoposti a un ciclo di Riproduzione Assistita di II livello

dichiariamo di avere preliminarmente effettuato uno/più colloqui 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. **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;**
2. **conseguenze giuridiche della procreazione medicalmente assistita per la donna, per l'uomo e per il nascituro di cui agli articoli 8, 9 e 12, comma 3, della legge n. 40/2004 di seguito descritti:**

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 della 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):

- 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.
- In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, 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.

Articolo 12 (Divieti generali e sanzioni):

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.

CONSENSO INFORMATO II° LIVELLO

Possibilità di revoca del consenso 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 di seguito descritto:

“la volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo le modalità definite con decreto dei ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, numero 400, entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a 7 giorni.

La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo”.

Possibile decisione del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita di cui all'articolo 6, comma 4 della legge numero 40 /2004 di seguito descritto:

“Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico – sanitario. In tal senso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tal decisione”.

Illustrazione della tecnica specifica proposta, in ogni fase della sua applicazione:

I Livello

- I.I.U. (Inseminazione Intra Uterina)

II Livello

- FIVET (Fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione)
- ICSI (Iniezione Intracitoplasmatica dello spermatozoo con trasferimento dell'embrione)
- TESE (estrazione dello spermatozoo dal testicolo a mezzo di biopsia)
- TEFNA (Agoaspirato testicolare)

Tutte le suddette metodiche possono essere applicate sul ciclo femminile spontaneo sfruttando la produzione del singolo follicolo ed ovocita oppure possono prevedere l'induzione della crescita follicolare multipla effettuata attraverso la somministrazione di farmaci stimolanti le ovaie (FSH - LH urinario o ricombinante – clomifene citrato) e farmaci che in vario modo inibiscono l'ovulazione bloccando l'ipofisi (GnRH analoghi antagonisti e agonisti). Tale somministrazione sarà effettuata sotto stretto controllo ormonale ed ecografico e verrà personalizzata nel dosaggio in accordo con la risposta di ciascuna paziente. L'effettuazione delle ecografie e dei dosaggi ormonali serviranno anche a determinare il momento più adatto del prelievo degli ovociti prodotti dopo somministrazione dell'HCG .

- La I.I.U. (Inseminazione Intra Uterina) prevede il monitoraggio della crescita follicolare spontanea o farmacologicamente indotta e, al momento dell'ovulazione, l'immissione in cavità uterina degli spermatozoi selezionati e concentrati con metodiche di laboratorio dal campione di liquido seminale fornito dal partner; tale immissione viene effettuata tramite un catetere morbidissimo, ambulatorialmente senza dolore ne bisogno di anestesia;
- Il prelievo ovocitario avviene tramite puntura con ago per via vaginale ai lati del collo uterino, sotto controllo ecografico, in narcosi o anestesia locale;
- Esiste la possibilità che tale prelievo esiti in un mancato recupero di ovociti o nel recupero di solo ovociti non trattabili;
- Al partner maschile viene richiesto di produrre un campione di seminale che viene utilizzato per fertilizzare gli ovociti tramite inseminazione in vitro o a mezzo della tecnica ICSI, consistente nell'iniezione del singolo spermatozoo all'interno dell'ovocita. Viene in seguito accertato l'esito dell'inseminazione: in genere il 60-70% degli ovociti si feconda (visualizzazione di due pronuclei); i gameti, gli ovociti fecondati e gli embrioni vengono mantenuti in coltura su terreni specifici in incubatori a temperatura controllata costante a 37°C
- In caso di assenza di spermatozoi nell'ejaculato o in caso di aneiaculazione gli spermatozoi potranno essere prelevati direttamente dal testicolo tramite biopsia testicolare o aspirazione con ago sottile;

Le metodiche di riproduzione assistita sono interventi di piccola chirurgia e vengono effettuati in anestesia locale e/o generale con le consuete metodiche di sterilizzazione e asepsi.

Gli ovociti possono non fecondarsi; in questo caso non vi sarà alcun trasferimento embrionario.

Problemi bioetici connessi all'utilizzo della tecnica:

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.

CONSENSO INFORMATO II° LIVELLO

Un altro argomento è quello della tutela dell'embrione. Tra i principi ai quali si è ispirata la legge 40 c'è la tutela dell'embrione che è intesa nel senso più forte ed ampio, poiché la teoria filosofica e l'interpretazione dei dati biologici scelte a sostegno, sono quelle secondo le quali va protetto tutto il processo del concepimento, nelle sue differenti fasi e strutture fin dall'inizio, ovvero dall'incontro tra spermatozoi e ovocita. Esistono molte altre teorie, compatibili con i dati biologici in nostro possesso, che sostengono invece che l'attributo di persona va assegnato in momenti differenti del processo d'avanzamento del concepimento.

Possibili effetti collaterali sanitari conseguenti all'applicazione della tecnica:

Esiste la possibilità che a seguito della terapia di stimolazione ovarica, non si ritenga opportuno proseguire per il prelievo di ovociti a causa di risposta inadeguata. Tale evenienza ha una frequenza riportata in letteratura dal 5% al 20% ed è condizionata dall'età e dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (Hum Repr Update 2003 9:61-76).

Nella nostra casistica 2006-2007 l'incidenza di gravidanza gemellare con la fecondazione in vitro è stata del 8,9 %, l'incidenza di gravidanza trigemina è stata del 1,7% dati dipendenti chiaramente dal numero di embrioni trasferiti e dall'età della paziente.

Sono riportati in letteratura dati a tutt'oggi controversi, sui possibili effetti a lunga scadenza dell'aumento degli estrogeni conseguente alla stimolazione ovarica. Alcuni studi segnalano un aumento di casi di tumori negli organi bersaglio (utero, ovaio, mammella). Altri smentiscono questo dato; sono riportati in letteratura casi nei quali gli elevati livelli di estrogeni hanno comportato un aumento della patologia trombo – embolica soprattutto in casi geneticamente predisposti o con anomalie congenite del circolo

Possibili effetti psicologici conseguenti all'applicazione della tecnica:

Le metodiche di riproduzione assistita sono abbastanza complicate, lunghe, richiedono un impegno quotidiano e non danno certezza di risultato. Esse inoltre in genere vengono affrontate dopo lunghi periodi di terapie ed accertamenti diagnostici. Tutto questo comporta una fatica psicologica notevole; a tale scopo è a disposizione della coppia che ne faccia richiesta una consulenza psicologica di appoggio durante tutta la fase terapeutica e quelle successive, sia in caso di fallimento che di successo; tale consulenza può essere richiesta anche successivamente al momentaneo rifiuto.

Paternità Maternità Assistita: dr.ssa Alessandra Ricci (380/3020120); dr.ssa Francesca Zoffoli (333/8327937)

In particolare possono rivolgersi al riferimento indicato:

- *tutte le coppie che pensano di far ricorso alle tecniche di gravidanza assistita e ritengono utile affrontare il percorso con un adeguato sostegno psicologico;*
- *le coppie che vi hanno fatto ricorso senza successo e che sentono il bisogno di affrontare il momento di difficoltà con l'aiuto di uno psicologo;*
- *infine tutti coloro che vi hanno fatto ricorso con successo e che si preparano a diventare genitori.*

E' possibile richiedere consulenza legale per le problematiche dell'adozione dei minori e sui diritti del nascituro.

Probabilità di successo della tecnica:

Di seguito sono elencati i tassi di gravidanza ottenuti nel 2012 nel nostro centro con cicli di trattamento **FIVET-ICSI:**

| | |
|------------------------------------------------------------|--------|
| Età media | 39,8 |
| Test di gravidanza positivo per transfer dopo stimolazione | 33,6 % |
| Test di gravidanza positivo per transfer dopo stimolazione | |



per pazienti con età non superiore a 38 anni

54,6 %

Possibili rischi per la donna derivanti dalla tecnica:

La somministrazione di farmaci mirati ad ottenere una crescita follicolare multipla (stimolazione ovarica) può esitare (incidenza 5%) in una "sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS)" che in casi estremi (incidenza 0,5%) può richiedere ospedalizzazione con possibile comparsa di fenomeni tromboembolici e insufficienza renale acuta. Qualora il rischio di sviluppo di tale condizione sia elevato i medici del centro potranno decidere di sospendere il ciclo o di non effettuare il trasferimento degli embrioni e di procedere, come previsto (comma 3 Art. 14) alla crioconservazione degli stessi ed al loro trasferimento differito non appena le condizioni di salute lo permettano.

Il prelievo ovocitario consiste in una procedura chirurgica e in quanto tale, se pur molto raramente (1/1000), può comportare complicanze di tipo emorragico o infettivo (pelvipерitonite, ascessi ovarici) che richiedono ricovero ospedaliero urgente con eventuale intervento chirurgico laparoscopico o laparotomico.

Esiste inoltre la possibilità che tale prelievo esiti in un mancato recupero di ovociti o nel recupero di solo ovociti non trattabili.

Per quanto riguarda l'anestesia locale e generale eventualmente utilizzata esistono i rischi generici di intolleranza e allergie sconosciute ai farmaci. I rischi anestesilogici verranno esaminati ed accettati dai pazienti con apposito consenso informato. Sebbene gli embrioni vengano trasferiti in utero esiste il rischio di gravidanza extrauterina (3% delle gravidanze ottenute). Tale evenienza può richiedere un intervento chirurgico con asportazione della tuba. In casi rarissimi (1/1000) si può avere un impianto uterino ed uno extrauterino (gravidanza eterotopica).

Il trasferimento in utero di più di un embrione espone al rischio di gravidanza multipla (gemellare o trigemina). Le gravidanze multiple aumentano il rischio di patologie gestazionali quali gestosi, diabete.

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

In caso di gravidanza multipla i rischi del nascituro dipendono dal peso alla nascita e dall'epoca gestazionale alla quale avviene la nascita. Il parto pre-termine infatti diventa un'evenienza probabile per la gravidanza gemellare, sicura per le trigemellari. Tali rischi vanno dalla mancata sopravvivenza o alla presenza di deficit fisici o mentali.

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. In particolare 4.6% nei bambini concepiti spontaneamente e 5.6% in quelli concepiti a seguito di FIVET o ICSI (Hum Repr 2001. 1G(3): 504-509). 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 81(f):1604-1616). Tutti i dati relativi invece allo sviluppo cognitivo e psicomotorio sono concordi nel non rilevare alcuna differenza fra i concepiti spontaneamente o a seguito di FIVET e ICSI (Pediatrics 2005. 115(3): 283 -289; Hum Repr 2003. 18(2): 342-35U).

In qualsiasi caso si consiglia sempre, ma soprattutto sopra i 35 anni di età della donna, il ricorso ad esami di diagnostica prenatale (amniocentesi o villocentesi) in grado di evidenziare la maggior parte delle anomalie cromosomiche o malformazioni fetali.

E' a disposizione della coppia un GENETISTA per ogni richiesta di consulenza sia sui rischi delle metodiche di riproduzione assistita sia per esaminare possibili particolarità nell'albero genealogico e nel cariotipo della coppia stessa.

Consultorio di Genetica: Consultorio di genetica s.r.l. (Via di Castel Giubileo,11 00138 Roma – Via Po,102 00198 Roma, Tel. 068553509- Fax 0685350836)

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

Come già in precedenza menzionato, il prelievo ovocitario avviene per via vaginale sotto controllo ecoguidato in narcosi o anestesia locale. Esso consiste in una procedura chirurgica e in quanto tale, se pur molto raramente (1/1000), può comportare complicanze di tipo emorragico o infettivo (pelvipерitonite, ascessi ovarici) che richiedono ricovero ospedaliero urgente con eventuale intervento chirurgico laparoscopico o laparotomico.

Gli spermatozoi possono essere prelevati direttamente dal testicolo tramite biopsia testicolare o aspirazione con ago sottile. Questo intervento può comportare l'insorgenza di infezioni, ematomi in un numero ridotto di casi (2-3%). In entrambi i casi si prevede per tutti i pazienti un periodo di osservazione in clinica con assistenza sanitaria per 4-5 ore onde accertare eventuali complicanze.

**CONSENSO INFORMATO II° LIVELLO****Limiti dell'applicazione della tecnica sugli embrioni di cui all'articolo della legge 40/2004 di seguito descritti:**

1. E' vietata la crioconservazione e 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, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre;
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 è 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 è 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 richiesto, 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 è 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 maschile e femminile, previo consenso informato e scritto;
9. La violazione delle disposizioni di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5000 a 50.000 euro.

Possibilità di crioconservazione dei gameti femminili:

Consento alla crioconservazione dei gameti femminili

SI

NO

Nell'esprimere tale volontà dichiaro di essere stata chiaramente ed esaurientemente informata sui seguenti aspetti sui quali convengo:

La metodica di fecondazione degli ovociti oggetto di congelamento una volta scongelati è la microiniezione (metodo ICSI), indipendentemente dalla qualità del campione seminale. La percentuale di sopravvivenza degli ovociti dopo scongelamento riportata in letteratura varia dal 37% al 60% (Hum Repr 2001 Mar 16(3) 411-6; Fertil Steril 2004 82(3) 601-5).

In accordo con sentenza della corte costituzionale n° 151/2009

Possibilità di crioconservazione degli embrioni, concordata con il medico, ritenuti in esubero rispetto al trasferimento in utero:

Consentiamo alla crioconservazione degli embrioni

SI

NO

Nell'esprimere tale volontà dichiariamo di essere stati esaurientemente informati sul seguente aspetto sul quale conveniamo. Gli embrioni crioconservati, una volta scongelati, hanno mediamente una percentuale di sopravvivenza superiori al 50%.

Dichiariamo di esserci sottoposti ad accertamenti diagnostici e di non volerci sottoporre a nessun altro accertamento diagnostico e/o terapeutico al di fuori di quanto finalizzato a questo ciclo di procreazione medicalmente assistita.

Dichiariamo che la presunta causa della nostra sterilità/infertilità non escluda tassativamente il concepimento spontaneo prima o dopo il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita che saranno effettuate presso Alma Res - Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione- Via Parenzo 12, Roma.

Con la presente sottoscrizione, sotto nostra esclusiva responsabilità, **dichiariamo** di essere legalmente coniugati ovvero stabilmente conviventi da almeno due anni.

Quanto sopra considerato, si esprime consapevolmente la propria volontà di accedere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita proposta che verrà applicata non prima di sette giorni dal rilascio della presente dichiarazione.

Terminologia del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196

L'art. 4 dei D.Lgs. 196/2003 fissa, tra le altre, le seguenti definizioni:

- per "trattamento" si intende "qualunque operazione o complesso di operazioni. effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la

MOD-16-MPO-PMA



CONSENSO INFORMATO II° LIVELLO

consultazione, l'elaborazione, la [modificazione](#), la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati “;

- per “dato personale” si intende “qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale”;
- per “titolare” si intende “la persona [fisica](#), la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza”;
- per “interessato” si intende “la persona fisica, la persona giuridica, l'ente o l'associazione cui si riferiscono i dati personali”.

Fonte dei dati personali

I dati personali del cui trattamento è titolare il Vostro Centro, sono forniti direttamente da noi in occasione e nell'ambito del trattamento richiesto ovvero sono tratti da esami clinici svolti a cura del Vostro Centro o di altre strutture. Il Vostro Centro, in funzione di un corretto svolgimento della propria attività e dell'adempimento delle proprie [obbligazioni in](#) genere ed in specie relativamente al tipo di trattamento da noi richiesto, ha necessità di entrare in possesso dei nostri dati personali, compresi i dati - c.d. “dati sensibili” a sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 196/2003- idonei a rivelare lo stato di [salute](#), la vita sessuale, nonché di taluni dati genetici funzionali alla incolumità fisica e alla salute del nascituro ovvero inerenti al buon esito dell'intervento.

In caso di diniego al trattamento dei nostri dati il Vostro Centro si troverebbe nella impossibilità di procedere alla erogazione del trattamento da noi richiesto.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati

I dati personali vengono trattati nell'ambito delle attività di Diagnosi e Terapia della Sterilità e Infertilità, esclusivamente con le seguenti finalità :

- Eseguire l'attività di cui sopra, nella salvaguardia della vita e dell'incolumità fisica del/degli interessato/i, ed in genere al fine del buon esito dell'attività stessa;
- Adempiere o esigere l'adempimento di specifici obblighi, quali la compilazione di cartelle cliniche, di certificati e di documenti di tipo sanitario, ovvero di documenti relativi alla gestione amministrativa, previsti da leggi, da regolamenti o dalla normativa comunitaria e in particolare dalle norme che regolano l'esercizio delle professioni sanitarie;
- Diffusione dei dati in forma strettamente anonima per attività di ricerca scientifica, anche [statistica](#), in campo medico e biomedico, finalizzata alla tutela della salute dell'interessato, di terzi o della collettività, e alla informazione sanitaria.

Modalità di trattamento dei dati

In relazioni alle indicate Finalità, il trattamento dei dati personali può avvenire mediante strumenti manuali e/o con l'ausilio di supporti informatici (anche in via telematica), e anche facendo ricorso a strumenti automatici idonei a connettere i dati in questione con quelli di altri soggetti in base a criteri qualitativi, quantitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta, con logiche e forme di organizzazione dei dati strettamente correlate alla finalità del trattamento, e comunque in modo da ,garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi.

Il trattamento è effettuato da medici o biologi abilitati, direttamente o per il tramite di personale dagli stessi incaricato, nel rispetto degli obblighi di riservatezza loro imposti dalla legge ed in particolare nel rispetto del segreto professionale e degli obblighi deontologici previsti dal codice di deontologia medica adottato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

I dati saranno custoditi presso la sede – Alma Res –Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione, Via Parenzo 12, 00198 – Roma.

Comunicazione dei dati a terzi

I dati non sono destinati ad essere comunicati ad altri soggetti -salvo quanto previsto in forma anonima per scopi di ricerca scientifica o di statistica- se non previo consenso, eccettuate le comunicazioni ai soggetti che collaborano con il Vostro Centro nell'erogazione e nella gestione delle prestazioni e dei soggetti cui sia riconosciuta facoltà di accesso ai dati in forza di provvedimenti della Pubblica Autorità.

Costi economici

I costi economici ci sono stati chiaramente illustrati.



CONSENSO INFORMATO II° LIVELLO

Diritti di cui all'art. 7 D. Lgs. n°196/2003

L'art. 7 del D. Lgs. n° 196/2003 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti. In particolare l'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. L'interessato può altresì richiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e la finalità su cui si basa il trattamento; ha diritto di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione se vi è interesse, l'integrazione dei dati; ha diritto di opporsi per motivi legittimi al trattamento stesso.

Preso coscienza delle suesposte informazioni, da valersi ad assolvimento dei l'informativa prevista dall'art. 13 dei D. Lgs. n° 196/2003, e dando atto di trattenere copia del presente documento, prestiamo i seguenti:

CONSENSI o DINIEGHI DI CONSENSO

(come da crocosegni apposti):

- (1) consenso ex art. 23 D. Lgs. n° 196/2003 // diniego di consenso
acchè il vostro centro tratti i miei/nostri dati personali per le finalità sopra riportate;
- (2) consenso ex art. 23 D. Lgs. n° 196/2003 // diniego di consenso
acchè il vostro centro tratti i miei/nostri dati personali rientranti nel novero di quelli cosiddetti "sensibili" (art. 4 del D. Lgs. citato), idonei a rivelare il mio/nostro stato di salute e la mia/nostra vita sessuale nonché taluni dati genetici funzionali alla incolumità fisica e alla salute del/i nascituro/i, per le finalità sopra riportate.
- (3) consenso ex art. 23 D. Lgs. n° 196/2003 // diniego di consenso
acchè il vostro centro tratti i dati personali del/i nascituro/i di cui eventualmente dovessi essere gestante, per le finalità sopra riportate;
- (4) consenso ex art. 23 D. Lgs. n° 196/2003 // diniego di consenso
acchè il vostro centro tratti i dati personali del/i nascituro/i rientranti nel novero di quelli cosiddetti "sensibili" (art. 4 dei D. Lgs. citato), idonei a rivelarne lo stato di salute, la vita sessuale, nonché taluni dati genetici funzionali alla incolumità fisica e alla salute del/i nascituro/i di cui eventualmente dovessi essere gestante, per le finalità sopra riportate.

Data

Sig.ra (Firma) Documento

Sig. (Firma) Documento

Il medico che ha effettuato il colloquio

Il medico responsabile della struttura

DA COMPILARE E FIRMARE IL GIORNO DEL TRANSFER

Dopo colloquio con Dott/Prof....., a conoscenza dei rischi che ci sono stati descritti esaurientemente

- transfer n°.....embrioni consigliato;
- transfer deciso dai sottoscritti n°.....embrioni;
- n°.....embrioni crioconservati.

Data.....

Sig.ra (Firma).....

Sig. (Firma).....

Indirizzo.....

Tel.....

Motivazioni.....

Firma del medico.....
