

**Dichiarazione di CONSENSO INFORMATO per CICLO DI PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA ai sensi della legge n.40 del 19 febbraio 2004, a
seguito della sentenza della Corte Costituzionale nr. 162/2014**

ID _____

Io sottoscritta.....
nata ail

Documento di riconoscimento.....N.....
e
lo sottoscritto.....
nato ail.....

Documento di riconoscimento.....N.....

Chiediamo

di essere sottoposti ad un ciclo di **Procreazione Medicalmente Assistita con fecondazione *in vitro* e transfer embrionale:**

- con **inseminazione *in vitro* classica (FIVET)** e/o con tecnica **ICSI**
 su ovociti freschi su ovociti scongelati

Dichiariamo di aver preliminarmente effettuato uno/più colloquio/i 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. 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. conseguenze giuridiche** della procreazione medicalmente assistita per la donna, per l'uomo e per il nascituro di cui agli articoli 8,9,12, comma 3, della legge n.40/2004;
- 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.*

Data Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

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 minorenne 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.*

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

5. i **problemi bioetici** conseguenti all'applicazione delle tecniche: la procreazione medicalmente assistita si può legittimare dal punto di vista bioetico solo se sia la donna che l'uomo abbiano un'età biologica e le potenzialità personali che consentano loro di assumersi la piena responsabilità genitoriale ed educativa.

Il ricorso alle procedure di PMA può sollevare problemi che si collegano con la sensibilità riproduttiva. Utilizzare una procedura medica per superare ostacoli al concepimento e accettare una tecnica che implica una fecondazione extra-corporea può modificare l'assetto tradizionale del processo procreativo e la percezione della genitorialità. La tutela del concepito, principio cardine della legge 40, rappresenta ad oggi un controverso argomento di interesse bioetico;

6. le possibilità di **revoca del consenso** da parte di ciascuno dei soggetti della coppia richiedente, fino al momento della fecondazione dell'ovocita di cui all'articolo 6, comma 3 della legge 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, n.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 sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovocita;

7. possibile **decisione del medico responsabile** del trattamento di non procedere al trattamento di procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario; la decisione deve essere motivata in forma scritta, secondo quanto regolato dall'articolo 6, comma 4 della legge n.40/2004;

8. **illustrazione della tecnica specifica** proposta, in ogni fase della sua applicazione:
Stimolazione della crescita follicolare multipla

Il trattamento richiede l'impiego di gonadotropine di estrazione urinaria o ricombinante da ingegneria genetica ovvero farmaci mirati ad ottenere la crescita follicolare multipla, allo scopo di recuperare un numero adeguato di ovociti. In corso di terapia è necessario che la donna si sottoponga a **monitoraggio ecografico e/o ormonale**: la crescita follicolare verrà monitorata mediante **prelievi di sangue** per il dosaggio degli ormoni specifici e controlli ecografici seriatî la cui cadenza è strettamente correlata da tempi e modalità di risposta delle ovaie alla terapia di induzione della crescita follicolare multipla.

Prelievo ovocitario

Il prelievo ovocitario avviene mediante procedura chirurgica per via transvaginale sotto guida ecografica, in anestesia locale o generale (sedazione profonda), *eseguito in regime di chirurgia ambulatoriale o di day-surgery.*

Inseminazione in vitro degli ovociti

Gli ovociti recuperati vengono inseminati mediante tecnica FIV-ET o ICSI a discrezione del biologo secondo la valutazione dei parametri del liquido seminale consegnato; in base a tale valutazione il biologo potrà quindi decidere di adottare una tecnica di inseminazione, eventualmente differente da quella indicata, al fine di ottimizzare l'esito del trattamento.

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

Sarà obbligo del medico e del biologo responsabili del trattamento decidere di inseminare il minor numero di ovociti, congruo ad ottenere un numero di embrioni ritenuto essere strettamente necessario a conseguire il risultato utile.

Eventuali embrioni in sovrannumero verranno crioconservati mediante vitrificazione solo ed unicamente nel caso in cui venga sottoscritto il consenso alla crioconservazione embrionale (Sentenza Corte Costituzionale n. 151/2009)

Valutazione della fecondazione e della crescita embrionale

Qualora dall'indagine osservazionale vengano evidenziate gravi anomalie irreversibili dello sviluppo di un embrione, il medico responsabile del trattamento 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. Verranno prodotti un numero di embrioni strettamente necessario a conseguire il risultato utile nel caso concreto (come da decisione del medico responsabile della coppia sottoscritto nel presente consenso). Questa scelta viene effettuata a tutela delle esigenze di procreazione e del diritto alla salute della donna. Qualora la coppia richieda di essere informata sullo stato di salute degli embrioni prodotti sarà possibile effettuare la diagnosi genetica pre-impianto.

Diagnosi genetica pre-impianto: la biopsia dell'embrione allo stadio di blastocisti permette di effettuare una valutazione genetico-cromosomica delle cellule consentendo di identificare in fasi molto precoci di sviluppo embrionale le anomalie genetico-cromosomiche riscontrate con maggior frequenza nella popolazione generale. Tale procedura trova indicazione in presenza di un elevato rischio riproduttivo per la presenza di aberrazioni note genetico-cromosomiche di cui uno dei partner risulta portatore in eterozigosi o in omozigosi, potenzialmente trasmissibili alla prole.

La richiesta di diagnosi pre-impianto deve essere espressa dalla coppia mediante consenso informato dedicato.

Trasferimento embrionale

Il transfer embrionale avviene per via trans-vaginale ecoguidata senza necessità di sedazione. In caso la coppia abbia espresso la volontà di sottoporre gli embrioni a diagnosi pre-impianto potranno essere trasferiti solo gli embrioni euploidi ovvero quelli per i quali sono state escluse aberrazioni genetico-cromosomiche.

Crioconservazione degli embrioni

La vigente legge 40 vieta (Art. 14.comma 1) la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194. In deroga al principio generale di divieto di crioconservazione 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, mediante vitrificazione, degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile (art. 14 comma 3 e Sentenza Corte Costituzionale n. 151/2009). Solo in tale condizione la crioconservazione embrionale comporterà un onere a carico del centro di procreazione medicalmente assistita in attesa del futuro impianto (Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 16 Agosto 2004).

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

Siamo stati informati che la percentuale di sopravvivenza degli embrioni allo scongelamento è elevata (superiore al 97%) ma dipendente dalle caratteristiche specifiche delle singole cellule e non può quindi essere garantita.

Siamo stati informati che le possibilità di impianto dei suddetti embrioni sopravvissuti sono variabili in base alle caratteristiche della coppia, al numero e alla qualità degli embrioni.

Siamo inoltre a conoscenza dell'obbligo di trasferimento degli embrioni congelati da effettuare nel minor tempo possibile (non appena le condizioni psico-fisiche della donna lo permettano).

La richiesta di crioconservazione embrionale è espressa da entrambi i partner; la partner femminile avrà in ogni caso il diritto al trasferimento degli embrioni.

Acconsentiamo alla crioconservazione degli embrioni:

Siamo a conoscenza che decorsi 12 mesi dal congelamento siamo tenuti al pagamento della quota annuale di mantenimento degli embrioni pari ad euro 250,00+IVA per ogni anno successivo.

SI NO

Sig.ra (Firma) Sig. (Firma)

9. possibili complicanze cliniche conseguenti all'applicazione della tecnica.

L'eventuale instaurarsi di una gravidanza può aggravare patologie preesistenti alla gravidanza (diabete, cardiopatie, nefropatie ecc) con le stesse modalità di un concepimento spontaneo e maggiormente in caso di gravidanza gemellare; prima del trattamento verrà fatta una valutazione clinico-strumentale idonea a verificare che non sussistano condizioni che controindichino un'eventuale gravidanza;

10. possibili effetti psicologici conseguenti all'applicazione della tecnica.

È necessaria una profonda elaborazione dei coniugi rispetto ai fattori psicologici implicati e la possibilità di analizzare le esigenze emozionali e le aspettative della coppia.

La consulenza psicologica può aiutare a far emergere la sofferenza legata all'impossibilità di generare vissuta come incapacità, per elaborarla e contenerla, ed è quindi consigliata. **Il centro Alma Res propone e mette a disposizione delle coppie un consulente per il sostegno psicologico.**

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);

11. probabilità di successo della tecnica: *nessuna tecnica di procreazione medicalmente assistita garantisce il conseguimento di una gravidanza.* Le percentuali di successo dei trattamenti di PMA di II° livello sono legate alle condizioni di salute generali e soprattutto ginecologiche della donna in riferimento a età, riserva ovarica e assetto ormonale, storia clinica, pregressi trattamenti di PMA ed eventuale loro esito, patologie non ginecologiche pregresse o intercorrenti, e non secondariamente alle caratteristiche e potenzialità del liquido

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

seminale. Nel nostro centro abbiamo riportato nel biennio 2015-2016 percentuali di gravidanza per singolo ciclo di transfer embrionale a fresco pari al 35.3 %, per donne di età superiore ai 38 anni, e al 52.3%, per donne di età inferiore ai 38 anni, e pari al 55.9% per singolo transfer con *embrioni vitrificati*.

Conveniamo che l'esito dell'eventuale concepimento rimane estraneo dalla Vostra sfera di competenze e responsabilità.

Resterà nella nostra libera e personale determinazione ogni decisione sulla scelta di ricorrere alle tecniche di diagnosi prenatale non invasiva e/ o invasiva per escludere eventuali aberrazioni genetico-cromosomiche del nascituro ovvero la scelta di accettare la possibilità di queste evenienze;

12. possibili condizioni in cui può essere richiesta la sospensione del trattamento *motivata in forma scritta*:

- il trattamento con gonadotropine può essere sospeso o essere annullato il prelievo degli ovociti su decisione medica del ginecologo responsabile del trattamento in tutela della salute della donna, in caso di condizioni cliniche emergenti correlate o non alla terapia in corso e/o per inadeguata risposta alla terapia ormonale;

- è possibile che si verifichi il **mancato recupero degli ovociti** anche in presenza di parametri ormonali ed ecografici suggestivi di regolare decorso della risposta ovarica alla terapia di induzione della crescita follicolare multipla. L'incidenza di tale evenienza varia in letteratura dallo 0,1% allo 0,9% (*Hum Reprod 1998*);

- la cancellazione del trasferimento embrionale a fresco può essere *una decisione medica* in tutela della salute della donna e/o per l'ottimizzazione della valutazione embrionale e/o per una migliore sincronizzazione tra endometrio e sviluppo embrionale. In ogni caso vengono crioconservati gli ovociti maturi e/o gli embrioni vitali;

13. possibili complicanze ed effetti collaterali derivanti dalla tecnica

- nelle pazienti affette da endometriosi non si può escludere che le terapie farmacologiche di induzione della crescita follicolare multipla mediante gonadotropine, soprattutto se reiterate, possano determinare una recrudescenza della stessa;

- le evidenze scientifiche ad oggi disponibili da letteratura internazionale non evidenziano un rischio statisticamente significativo di patologie oncologiche, con particolare riferimento al carcinoma mammario, nelle donne che si sottopongono a terapie di induzione della crescita follicolare multipla per tecniche di procreazione medicalmente assistita (*Br J Cancer. 2018, Lancet Oncol. 2016*);

- la percentuale di **gravidanze extrauterine** riportata in letteratura è del 2.1% (*Fertil Steril 2004 81(5) 1207-20*);

- non è esclusa la possibilità di **complicanze infettive** derivanti dal trasferimento intrauterino di embrioni;

- il trasferimento in utero di più di un embrione e in una bassissima percentuali di casi anche di un singolo embrione espone al **rischio di gravidanza multipla** (gemellare o trigemina), con un aumentato rischio di patologie materne in corso di gravidanza (diabete, ipertensione, rottura prematura delle membrane, parto pretermine), complicanze fetali (basso peso alla nascita o ritardo di crescita intrauterino) con la conseguente necessità di ricorrere ad un

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

taglio cesareo. In base a quanto sancito dalla vigente 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;

- l'incidenza di **aborto spontaneo** è sovrapponibile a quella esistente in caso di concepimento spontaneo;

- 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. La letteratura riporta incidenze variabili comprese tra 0,5% e 5% (*Hum Reprod 2002*). 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 patologie sistemiche.

Qualora il rischio di sviluppare tale condizione sia elevato i medici del centro potranno decidere di *sospendere il ciclo*;

- in pazienti geneticamente predisposte per trombofilia, esiste un potenziale rischio di *patologia trombotica* a seguito della condizione di iperestrogenismo indotto dalla stimolazione ovarica ormonale;

- il prelievo degli ovociti eseguito in anestesia implica i rischi generici della procedura anestesiológica adottata, mentre le **complicanze derivanti dal prelievo ecoguidato** degli ovociti sono percentualmente molto basse e comprendono *infezioni pelviche* (0,6%), *complicanze di tipo emorragico con sanguinamento addominale* (0,07%), *perforazione dei vasi iliaci* (0,04%), *rottura di corpo luteo e torsione ovarica* (0,008%). La comparsa di una di tali complicanze può richiedere un *ricovero ospedaliero urgente* (*J. Ass Reprod Genet 1993; Arch Gynecol Obstet 2002*);

14. possibili rischi per il/i nascituro/i derivanti dalla tecnica

- La valutazione del rischio di anomalie, malformazioni, patologie neonatali è molto difficile e presenta diversi problemi. Non sembrano comunque esserci differenze statisticamente significative riguardo percentuale di malformazioni in bambini nati su ciclo fresco o su congelato mediante FIVET/ICSI (*Hum Reprod 2011*). Anche i dati relativi allo sviluppo cognitivo e psicomotorio sono concordi nel non rilevare alcuna differenza statisticamente significativa fra i concepiti spontaneamente o a seguito di FIVET e ICSI (*Hum Reprod 2003, Hum Reprod 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 concepiti spontaneamente (*Neuropediatrics 2011*);

- è impossibile valutare i donatori per tutte le malattie genetiche letali/gravi e che le indagini genetiche del donatore non escludono la possibilità che il nascituro sia portatore di aberrazioni genetiche e cromosomiche insorte ex novo;

- 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 prenatali invasivi e/o non invasivi in grado di mettere in evidenza la maggior parte di anomalie cromosomiche durante la gravidanza;

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

15. limiti dell'applicazione della tecnica sugli embrioni di cui all'articolo 14 della legge 40/2004 di seguito descritti:**ART. 14**

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 finì 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 femminili, 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

16. Possibilità di crioconservazione dei gameti femminili e maschili:

- a) consento alla crioconservazione a **mie spese** dei gameti femminili.

A cadenza annuale, la sottoscritta si impegna al pagamento della quota di mantenimento ed a comunicare al Centro Alma Res la volontà di prolungare la crioconservazione del materiale biologico. In assenza di un riscontro, trascorsi 12 mesi dalla scadenza del precedente rinnovo, il Centro Alma Res si ritiene sollevato dall'obbligo di continuare la crioconservazione e legittimato a procedere allo smaltimento del materiale biologico secondo le normative vigenti.

SI NO

Firma

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

b) consento alla crioconservazione finalizzata al trattamento dei gameti maschili.

SI NO

A conclusione della quale desidero:

estinguere i campioni restanti

continuare a mie spese la crioconservazione,
in tal caso a cadenza annuale, il sottoscritto si impegna al pagamento della quota di mantenimento ed a comunicare al Centro Alma Res la volontà di prolungare la crioconservazione del materiale biologico. In assenza di un riscontro, trascorsi 12 mesi dalla scadenza del precedente rinnovo, il Centro Alma Res si ritiene sollevato dall'obbligo di continuare la crioconservazione e legittimato a procedere allo smaltimento del materiale biologico secondo le normative vigenti.

Firma

Nell'esprimere la volontà che i miei gameti vengano congelati dichiaro di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato sui seguenti aspetti sui quali convengo.

La tecnica impiegata per la crioconservazione degli ovociti è la vitrificazione; tale tecnica è quella che ad oggi garantisce le maggiori percentuali di sopravvivenza degli ovociti allo scongelamento, pari al 87 % nel nostro centro. La sopravvivenza degli ovociti dopo scongelamento nel nostro centro è in accordo con quanto riportato dalla letteratura scientifica (*Chin Med J (Engl). 2015; Fertil Steril 2009*).

Non sono indicati ad oggi limiti temporali nel potenziale di impiego degli ovociti per tecniche future di Procreazione Medicalmente Assistita.

I dati pubblicati relativi alla salute dei bambini nati a seguito di questa tecnica non rivelano al momento alcuna patologia con incidenza aumentata statisticamente (*J Assist Reprod Genet 2010*).

La valutazione del rischio di anomalie, malformazioni, patologie neonatali è comunque molto difficile ed è ragionevole presumere un'incidenza di anomalie cromosomiche e di malformazioni non inferiori a quella riscontrata nei bambini nati dopo ICSI.

Confermiamo 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 la custodia dei gameti femminili e/o maschili. Ciò fermo, nell'ipotesi in cui gli ovociti 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 150,00 (centocinquanta/00).

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

17. Costi economici

Siamo stati informati preventivamente su tutti i costi delle fasi del trattamento, delle tecniche e delle tecniche addizionali ove necessarie. Inoltre ci sono state indicate con chiarezza le modalità di pagamento ed accettiamo integralmente quanto riportato nel tariffario, che abbiamo letto e sottoscritto.

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.

Data

Sig. (Firma)

Sig.ra (Firma)

Il medico responsabile del trattamento

Il medico responsabile della struttura

18. Trattamento dei dati personali ai sensi del art. 13 del GDPR 679/2016

Dichiariamo di aver letto, compreso e sottoscritto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del art. 13 del GDPR 679/2016 ed autorizziamo al trattamento dei dati personali.

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

AUTOCERTIFICAZIONE

Noi sottoscritti: Sig. Sig.ra

In ottemperanza a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 5 e dal comma 3 dell'art 12 della Legge 40/2004 "Norma in materia di procreazione medicalmente assistita" di seguito riportati:

Articolo 5.

(Requisiti soggettivi)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 2, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie maggiorenti di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambe viventi.

Articolo 12.

(Divieti generali e sanzioni)

3. Per l'accertamento dei requisiti di cui 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

Nota. Il testo dell'articolo 76, commi 1 e 2, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445 è il seguente: "1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso".

Dichiariamo di essere entrambi maggiorenti, di sesso diverso, coniugati o conviventi e in età potenzialmente fertile.

Data

Sig.ra (Firma) Documento

Sig. (Firma) Documento

Il medico responsabile del trattamento

Il medico responsabile della struttura

Data Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)

DA COMPILARE E FIRMARE IL GIORNO DEL TRANSFER

Dopo colloquio con Dott/Prof....., consapevoli delle procedure e degli eventuali rischi.
Il medico consiglia di trasferire n°.....embrioni.

- i sottoscritti decidono di trasferire n°.....embrioni;

A tutela della salute della donna, si procede alla crioconservazione di

- n°.....embrioni.

Indicazione al congelamento

.....

Data.....

Sig.ra (Firma).....

Sig. (Firma).....

Firma del medico.....

Data

Sig.ra (Firma)

Sig. (Firma)