

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	MODULO	Pagina 1 di 4
	CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'	Codice MO 58
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

A sensi e per gli effetti di cui alla Legge n. 127 del 1997 e successive modifiche ed integrazioni, la Sottoscritta certifica quanto segue, attestando nel contempo di essere stata ammonita sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e sollevando, pertanto, l'Amministrazione da ogni responsabilità per falsa dichiarazione:

Cognome e nome

nata il a Prov.....

Residente aProv.

Via.....

Domiciliata (abituale dimora) a.....Prov.

Via.....

Documento.....

Dichiara

- di essere a conoscenza che la tecnica prevede le seguenti fasi:
 - ▲ Induzione della crescita contemporanea di più follicoli ovarici mediante la somministrazione di farmaci;
 - ▲ Controllo della risposta delle ovaie alla somministrazione dei suddetti farmaci mediante prelievi di sangue ed ecografie transvaginali;
 - ▲ Prelievo degli ovociti mediante aspirazione dei follicoli per via transvaginale sotto controllo ecografico, in anestesia locale o in sedazione cosciente;

- di essere a conoscenza dei seguenti rischi o complicanze:
 - Rischio di risposta eccessiva alla terapia con aumento delle dimensioni delle ovaie sino a vari gradi di iperstimolazione che può comportare rigonfiamento dell'addome, alterazione di alcuni parametri emato-chimici e, nei casi più gravi, necessità di ricovero in ospedale per la terapia del caso.
 - Possibilità di risposta insufficiente alla stimolazione ovarica; in questo caso il ciclo verrà sospeso.
 - Possibilità che siano necessari dosaggi dei farmaci più elevati di quelli consigliati nei foglietti illustrativi; ciò non comporta alcun rischio aggiuntivo rispetto a quelli già menzionati.
 - Complicanze emorragiche causate dal prelievo degli ovociti (con frequenza di circa 0,1%) che possono richiedere intervento chirurgico per fermare l'emorragia e/o trasfusioni di sangue.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</p>	MODULO	Pagina 2 di 4
	CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'	Codice MO 58
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

- Insorgenza di infezioni pelviche, cioè all'utero, alle tube, all'ovaio e alla parte inferiore dell'addome (frequenza di circa 0,1%) che possono richiedere l'impiego di antibiotici e/o terapia chirurgica.
- Possibili effetti collaterali o controindicazioni della terapia farmacologica, valutati al momento della prescrizione con il Medico del Centro.
- di essere a conoscenza che:
 - i dati relativi al trattamento e ai suoi esiti potrebbero essere utilizzati in forma anonima per progetti di ricerca, pubblicazioni scientifiche ed elaborati riguardanti l'efficacia delle tecniche presso il nostro Centro.

Attesta

- che prima di firmare questo consenso informato ha avuto un colloquio con il Dott..... durante il quale sono stati chiariti e soddisfatti tutti i dubbi inerenti la tecnica proposta e i problemi di bioetica connessi e alla sensibilità etica individuale. E' stata altresì informata dei costi del trattamento.

Conferma

- di aver letto il modulo di consenso informato nella sua totalità e di averne compreso completamente il contenuto.

1. Autorizza

- L'Arcispedale "S. Maria Nuova" di Reggio Emilia ed il Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia-Ginecologia allo svolgimento di ogni trattamento dei propri dati personali, anche quelli di natura sensibile, qualora si renda necessario per l'espletamento della metodica medica di cui alla presente informativa e ciò in osservanza delle disposizioni normative contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali". D.Lgs 196/2003, agli artt. 76 ed 81 del D.Lgs stesso.

•

Firma del Medico che ha effettuato il colloquio Data

Firma leggibileData compilazione.....

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	MODULO	Pagina 3 di 4
	CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'	Codice MO 58
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

**CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO ED ALLA
CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI**

Io sottoscritta.....
nata a Prov il
indirizzo.....
telefono.....

DICHIARO:

- Di essermi rivolta spontaneamente in data odierna alla S.C. di Ostetricia e Ginecologia per il prelievo e la crioconservazione di ovociti;
- che le procedure di prelievo e di crioconservazione mi sono state esaurientemente spiegate dal Dr. _____ ed ho potuto porre domande alle quali è stato esaurientemente risposto;
- che mi è stata illustrata la possibilità di crioconservazione degli ovociti con la prospettiva di poterli utilizzare nel momento in cui, in futuro, decidessi di ricorrere ad una fecondazione assistita.

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:

I miei ovociti **verranno conservati per cinque anni dal giorno del prelievo** e cioè sino al giorno
____/____/____

- la metodica di crioconservazione degli ovociti è stata solo di recente introdotta nella pratica clinica, deve essere considerata sperimentale e non è ancora possibile indicare le sue possibilità di successo e gli eventuali rischi.
- la procedura di crioconservazione non è in grado di garantire:
- la sopravvivenza degli ovociti dopo la crioconservazione;
- la corretta conservazione degli ovociti in particolare per periodi prolungati;
- la idoneità degli ovociti ad essere successivamente impiegati per una fecondazione in vitro al fine di una gravidanza mediante l'applicazione di una tecnica di procreazione assistita.
- si potrà procedere eventualmente alla fecondazione degli ovociti scongelati unicamente con gli spermatozoi del mio coniuge/partner.
- nel rispetto della legge n.40/2004, non saranno possibili la fecondazione con spermatozoi di donatore, la donazione degli ovociti ad altre coppie e la fecondazione al fine di ottenere embrioni a scopo di ricerca.
- il campione congelato potrà essere ritirato solo da me medesima entro il periodo previsto per la conservazione.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</p>	MODULO	Pagina 4 di 4
	CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'	Codice MO 58
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

MI IMPEGNO A:

- Utilizzare gli ovociti entro il periodo previsto, cioè entro il giorno _____ / _____ / _____
- Comunicare ogni variazione dell'indirizzo o del numero telefonico al fine di poter essere eventualmente rintracciata.
- Prendere contatto con la S.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (tel. 0522/296710-296464, fax 0522/295909) prima della scadenza di tale termine, al fine di prolungare il periodo di crioconservazione mediante una mia richiesta scritta.

MI È STATO SPIEGATO E SONO CONSAPEVOLE CHE:

- trascorso il periodo previsto, o prima in caso di mio decesso, la S.C. di Ostetricia e Ginecologia **non sarà più tenuta alla conservazione del campione congelato** che, quindi, potrà essere eliminato oppure scongelato e utilizzato a fini di ricerca scientifica, senza che io riceva alcuna ulteriore comunicazione.

AUTORIZZO PERTANTO LA S.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

– alla scadenza del termine previsto:

- ad eliminare i miei ovociti
- ad utilizzare i miei ovociti a scopo di ricerca nel rispetto della L.40/2004

DICHIARO INFINE CHE:

mi è stata consegnata copia del presente modulo, con indicazione a conservarlo ed a prendere nota del giorno di scadenza del periodo di crioconservazione, poiché dopo tale data, come da me esplicitamente autorizzato, i miei ovociti saranno eliminati oppure utilizzati a scopo di ricerca, senza che io riceva alcuna altra comunicazione.

Quanto sopra scritto è stato da me letto, approvato e sottoscritto in ogni sua parte.

Data di compilazione

Firma leggibile.....