

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia<br><small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small> | <b>MODULO</b>   | Pag. <b>1 a 3</b>     |
|  | <b>DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO<br/>RELATIVO<br/>ALLA <u>DONAZIONE SEMI-OBLATIVA VOLONTARIA</u><br/><u>DI OVOCITI FINALIZZATI AL</u><br/><b>TRATTAMENTO DI PROCREAZIONE<br/>MEDICALMENTE ASSISTITA<br/>ETEROLOGA</b></b> | Codice <b>MO 109</b>  |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE<br>SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA<br>SOS PMA  |   | Rev 01 del 17/07/2055 |

Io sottoscritta sig.ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_

Dopo essere stata esaustivamente informata dal Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
 su tutti gli aspetti medici, sociali, etici e legali della procedura di donazione di ovociti che ho scelto  
 di intraprendere

### **DICHIARO**

- ❖ di aver compreso i contenuti dei materiali informativi che mi sono stati consegnati,
- ❖ di essere stata informata in modo chiaro ed esauriente sulla finalità della mia donazione, ossia dare l'opportunità di ottenere una gravidanza a coppie eterosessuali (coniugate o conviventi) che, per motivi genetici, patologici, chirurgici o iatrogeni, non possono utilizzare i propri gameti nell'ambito di un trattamento di procreazione medicalmente assistita (PMA);
- ❖ di rinunciare ad ogni diritto riguardo agli ovociti che verranno recuperati dalla donazione. Anche il mio partner (laddove esista un marito o compagno) ha integralmente compreso la procedura ed acconsente che sia io sia lui non avanza alcun diritto riguardo agli ovociti che verranno prelevati in questo programma di ovodonazione. Qualora gli ovociti non dovessero risultare utilizzabili per la donazione, potranno essere impiegati per finalità di ricerca;
- ❖ di essere stata informata in modo chiaro ed esauriente e di averne compreso compiutamente il significato dei criteri medici, psicologici, genetici e laboratoristici con cui saranno valutate le mie caratteristiche, al fine di ottenere l'idoneità per donare ovociti. A questo proposito mi impegno fin da ora a fornire informazioni veritiere;
- ❖ di essere stata informata che la mia identità non sarà resa nota ai riceventi e agli eventuali nati da programmi di donazione dei miei ovociti, i quali non hanno alcun diritto a conoscerla. Sono tuttavia consapevole, e a tal fine presto uno specifico consenso, della possibilità che i miei dati clinici possano essere resi noti al personale sanitario - in casi straordinari, dietro apposita richiesta e con procedure istituzionalizzate - per eventuali problemi medici della prole e che, per le stesse ragioni, io possa essere contattata, impegnandomi quindi a comunicare al Centro eventuali variazioni del mio domicilio per consentire la mia rintracciabilità. Sono anche disponibile a sottopormi ad ulteriori analisi, anche successivamente alla donazione, nel caso si manifestino sul nato da donazione malattie ereditarie precedentemente non identificate;

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia<br><small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small> | <b>MODULO</b>   | Pag. <b>2</b> a <b>3</b>                                 |
|  | <b>DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO<br/>RELATIVO<br/>ALLA <u>DONAZIONE SEMI-OBLATIVA VOLONTARIA</u><br/><u>DI OVOCITI FINALIZZATI AL</u><br/><b>TRATTAMENTO DI PROCREAZIONE<br/>MEDICALMENTE ASSISTITA<br/>ETEROLOGA</b></b> | Codice <b>MO 109</b><br><br>Rev <b>01 del 17/07/2055</b> |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE<br>SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA<br>SOS PMA  |   |  |

- ❖ di essere stata informata e di avere compreso che la donatrice di ovociti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con chi nascerà da questa donazione e che pertanto non eserciterò alcun diritto o dovere su chi eventualmente nascerà da questa donazione; mi impegno quindi a non cercare di ottenere in alcun modo l'identità o l'indirizzo degli aspiranti genitori e/o dei bambini nati con questa procedura;
  - ❖ di essere in buona salute, consapevole che le informazioni fornite sul mio stato di salute e su quello dei miei ascendenti costituiscono un elemento essenziale per la mia sicurezza, per quella della donna ricevente e dei nascituri;
  - ❖ di impegnarmi, assumendomene la relativa responsabilità, a notificare al Centro l'assunzione di nuovi farmaci diversi da quelli prescritti per la procedura di ovodonazione ed eventuali cambiamenti del mio stato di salute o dei fattori di rischio;
  - ❖ di essere stata posta in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
  - ❖ che la donazione di parte dei miei ovociti viene effettuata con il mio consenso;
  - ❖ di essere consapevole della possibilità di revocare il mio consenso alla donazione solo fino al momento della fecondazione degli ovociti;
  - ❖ di  volere  non volere
- essere informata dei risultati degli esami infettivi e genetici che saranno effettuati su di me e sui gameti da me donati. Sono consapevole che gli stessi dati non saranno mai comunicati ad altri;
- ❖ di non aver effettuato donazione di ovociti presso altri centri di PMA e di essere stata edotta sui limiti numerici previsti come esito delle mie donazioni così come stabilito dalle leggi (10 nascite);

#### **AUTORIZZO**

- ad utilizzare parte dei miei gameti per un programma di fecondazione in vitro da donazione per permettere a una coppia ricevente di ottenere una gravidanza;
- l'eventuale trasferimento dei miei gameti, in forma resa anonima (codificata e protetta), ad altra struttura;
- il personale della struttura di PMA al trattamento dei miei dati personali e sanitari secondo le modalità previste dalla normativa vigente;
- il medico responsabile della procedura ad acquisire e utilizzare fotografie e/o riprese televisive di ogni procedura di laboratorio prodotta nel più assoluto anonimato per finalità scientifiche, mediche e formative a condizione che non venga in alcun modo rivelata la mia identità attraverso le fotografie stesse o le descrizioni di accompagnamento delle medesime.

Siglo il presente consenso informato senza alcuna coercizione o compulsione ma nella piena consapevolezza di quanto mi appresto a fare in piena assunzione di responsabilità.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

|  |   |   |
|--|---|---|
|  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia<br><small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small> | <b>MODULO</b>   | Pag. <b>3</b> a <b>3</b>                          |
|  | <b>DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO<br/>RELATIVO<br/>ALLA <u>DONAZIONE SEMI-OBLATIVA VOLONTARIA</u><br/><u>DI OVOCITI FINALIZZATI AL</u><br/><b>TRATTAMENTO DI PROCREAZIONE<br/>MEDICALMENTE ASSISTITA<br/>ETEROLOGA</b></b> | Codice <b>MO 109</b><br><br>Rev 01 del 17/07/2055 |
| DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE<br>SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA<br>SOS PMA  |   |   |

Firma della donatrice \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_