

 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	Pag. 1 a 3
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLA <u>DONAZIONE VOLONTARIA DI LIQUIDO</u> <u>SEMINALE FINALIZZATO AL</u> TRATTAMENTO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) ETEROLOGA	Codice MO 103
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev 01 del 21/02/2025

Il sottoscritto Sig. _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ via _____

tel. _____ C.F. _____

PREMESSO CHE

Nel rispetto dei principi e delle disposizioni previste dalla Legge 40/04 e dai D.Lgs. 191/07 e 16/10 e tenuto conto della intervenuta pronuncia della Corte Costituzionale n. 162/14 che ha dichiarato costituzionalmente illegittimo il divieto di PMA eterologa ritenendo la metodica immediatamente eseguibile nel rispetto delle condizioni oggettive e soggettive stabilite dalle Leggi in materia, la donazione di gameti a ciò finalizzata risulta lecita ed ammissibile entro i suddetti limiti;

Dopo essere stato esaurientemente informato dal Dott _____ ed avendo compreso il materiale informativo che mi è stato consegnato,

DICHIARO

- ✓ di essere stato da Voi informato in modo chiaro ed esauriente sulla natura e sulle finalità del programma di utilizzo terapeutico del liquido seminale da donatore, che verrà destinati 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 Fecondazione Assistita eseguito presso il Vostro Centro o presso altri Centri pubblici regionali. Qualora il liquido seminale non dovesse risultare utilizzabile per la donazione potrà essere impiegato per finalità di ricerca;
- ✓ di essere stato da Voi informato in modo chiaro ed esauriente e di averne compreso compiutamente il significato sui criteri medici e psicologici e laboratoristici con cui saranno valutate le mie caratteristiche, nella finalità di ritenermi idoneo per donare il liquido seminale, impegnandomi fin da ora a fornire informazioni veritiere;
- ✓ di aver ricevuto una informazione dettagliata e comprensibile sulle conseguenze mediche, giuridiche e bioetiche conseguenti alla donazione;
- ✓ che tutti i campioni che consegnerò per le analisi preliminari e per la donazione di liquido seminale apparterranno a me medesimo;
- ✓ di essere stato informato che la mia identità non sarà resa nota ai riceventi e agli eventuali nati da programmi di donazione del mio liquido seminale, i quali non hanno alcun diritto a conoscerla; sono tuttavia consapevole, e a tal fine presto uno specifico consenso, della possibilità che i miei

 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	Pag. 2 a 3
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLA <u>DONAZIONE VOLONTARIA DI LIQUIDO</u> <u>SEMINALE FINALIZZATO AL</u> TRATTAMENTO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) ETEROLOGA	Codice MO 103 Rev 01 del 21/02/2025
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		

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 contattato, impegnandomi quindi a comunicarvi 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;

- ✓ di essere stato informato e di avere compreso che il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con chi eventualmente nascerà da questa donazione e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi; 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, di notificare al Vostro Centro eventuali cambiamenti del mio stato di salute o dei fattori di rischio;
- ✓ di essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- ✓ che la mia decisione alla donazione è frutto di una libera scelta personale, che non mi è stata prospettata alcuna remunerazione e che non vi sono motivi finanziari o emotivi che mi inducono alla donazione
- ✓ di essere consapevole della possibilità di revocare il mio consenso alla donazione solo fino al momento dell'impiego dei miei gameti ;
- ✓ di
 - volere
 - non volere

essere informato dei risultati degli esami infettivi e genetici che saranno effettuati su di me e sul materiale genetico da me donato;

- ✓ di
 - non aver effettuato donazione di liquido seminale presso altri centri di PMA;
 - avere effettuato n. _____ donazioni presso altri Centri.

e di essere stato edotto sui limiti numerici previsti come esito delle mie donazioni così come stabilito dalle leggi (10 nascite).

AUTORIZZO

 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	Pag. 3 a 3
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLA <u>DONAZIONE VOLONTARIA DI LIQUIDO</u> <u>SEMINALE FINALIZZATO AL</u> TRATTAMENTO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) ETEROLOGA	Codice MO 103 Rev 01 del 21/02/2025
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		

- ✓ ad utilizzare i miei gameti per un programma di fecondazione in vitro nella finalità di ottenere una gravidanza per una coppia ricevente.
- ✓ il personale della struttura di PMA al trattamento dei miei dati personali e sanitari secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Siglo il presente consenso informato nella piena consapevolezza di quanto mi appresto a fare in piena assunzione di responsabilità.

Luogo _____ data _____

Firma del donatore _____

Firma del medico _____