

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	<b>MODULO</b>	Pagina 1 di 1
	<b>CONSENSO INFORMATO ALLO SCONGELAMENTO DEI GAMETI MASCHILI</b>	Codice <b>MO 078</b>
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		<b>Rev 06 del 04/01/2025</b>

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente a .....via .....

telefono .....

**AUTORIZZO**

- ✓ la SOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia allo scongelamento del/i campioni (paillette/cryovial) di liquido seminale/spermatozoi testicolari, a me appartenenti e il cui congelamento è avvenuto in data \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_;
- ✓ il personale del Laboratorio di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) a scongelare le aliquote che ritiene necessarie in base alla qualità del campione ed alla tecnica di PMA ritenuta più idonea;
- ✓

**ACCONSENTO**

all'utilizzo degli spermatozoi scongelati per le tecniche di PMA con la mia partner:

Cognome .....Nome..... nata a ..... il .....
---

**DICHIARO**

di aver preliminarmente effettuato un colloquio con Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ della struttura sopra indicata nel corso del quale sono stato informato, in modo chiaro ed esaustivo, in merito alla procedura di scongelamento e di avere letto il presente Consenso Informato nella sua totalità e di averne compreso il contenuto.

Allego fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data.....

Firma del paziente .....

Firma Medico .....