

 <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 1 di 2
	<p>CONSENSO INFORMATO</p> <p>CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI</p> <p>IN PAZIENTE MINORENNE</p>	<p>Codice MO 115</p> <p>Rev 08 del 04/01/2025</p>
<p>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA SOS PMA</p>		

NOI sottoscritti:

1) Nome.....Cognome.....

nata ail

2) Nome.....Cognome.....

nato ail

Genitori di

3) Nome Cognome

nato ail

Residenti a CAP

Via N.

telefono

Dichiariamo

▪ di esserci rivolti spontaneamente alla S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia e che presso la Banca del Seme di tale S.O.C. sono stati depositati i gameti di nostro figlio da

liquido seminale biopsia testicolare agoaspirato testicolare

▪ allo scopo di poterlo utilizzare nel momento in cui, in futuro, decidesse di ricorrere ad una procedura di Procreazione Medicalmente Assistita.

▪ che le procedure di crioconservazione ci sono state esaurientemente spiegate dal Dr. _____ ed abbiamo potuto porre domande alle quali è stato esaurientemente risposto

Siamo consapevoli che:

▪ il liquido seminale di nostro figlio **verrà conservato per cinque anni** dal giorno del prelievo e cioè sino al giorno ___/___/___

Ci impegniamo a:

▪ informare nostro figlio che potrà utilizzare il proprio liquido seminale a fini di Procreazione Medicalmente Assistita

▪ prendere contatto con la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia (tel. 0522 296710-296464-296466 prima della scadenza del termine di crioconservazione, cioè entro il giorno ___/___/___ , al fine di prolungare il periodo di crioconservazione stesso mediante nostra richiesta scritta;

▪ informare nostro figlio della possibilità di prolungare autonomamente il periodo di conservazione se nel frattempo sarà diventato maggiorenne;

▪ comunicare ogni variazione del nostro indirizzo o del numero telefonico al fine di poter essere eventualmente rintracciati.

Ci è stato spiegato e siamo consapevoli che:

 <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 2
	CONSENSO INFORMATO CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI IN PAZIENTE MINORENNE	Codice MO 115 Rev 08 del 04/01/2025
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA GINECOLOGIA SOS PMA		

- il campione crioconservato potrà essere ritirato solo da nostro figlio maggiorenne entro il periodo previsto;
- trascorso il periodo previsto, oppure in caso di decesso e, in ogni caso, qualora vi sia mancata richiesta di prolungamento del periodo di crioconservazione, la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia non sarà più tenuta alla conservazione del campione crioconservato;
- nei suddetti casi, pertanto, accettiamo che il campione congelato **sia eliminato senza che noi riceviamo alcuna ulteriore comunicazione;**
- la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia ha stipulato delle convenzioni con strutture adeguate al fine di garantire la corretta conservazione dei campioni crioconservati anche in caso di disastro ambientale o di chiusura programmata del Centro Sterilità, così come previsto dalla normativa vigente.

Ci è stato spiegato ed abbiamo compreso che:

- le caratteristiche (concentrazione, motilità, morfologia) del campione di liquido seminale al momento della raccolta vengono modificate dalla crioconservazione: in genere, i parametri del liquido seminale dopo scongelamento subiscono un calo di circa il 50% rispetto a quelli osservati prima della crioconservazione;
- le caratteristiche dopo scongelamento sono in gran parte imprevedibili e strettamente dipendenti dalla qualità del campione da crioconservare;
- la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia si impegna esclusivamente alla perfetta conservazione criobiologica del campione, ma non può garantire che le caratteristiche del liquido seminale al momento dello scongelamento siano tali da consentirne l'utilizzo per una qualsiasi pratica di fecondazione assistita;
- la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia declina, inoltre, ogni responsabilità su eventuali danni subiti dal liquido seminale durante le procedure di crioconservazione, di scongelamento e durante la permanenza degli spermatozoi in azoto liquido.

Dichiariamo infine che

- ci è stata consegnata copia del presente modulo, con indicazione a conservarlo ed a prendere nota del giorno di scadenza del periodo di crioconservazione, in modo da poter contattare la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia per il prolungamento del periodo di crioconservazione stesso;
- autorizziamo la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia ad eliminare il liquido seminale crioconservato in assenza di tale nostra comunicazione di prolungamento del periodo di crioconservazione.

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

Reggio E.,

Firma leggibile del padre _____

Firma leggibile della madre _____

Firma leggibile del paziente _____

Firma operatore PMA _____