

 <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
	CONSENSO INFORMATO ALLA CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	Codice MO 061 Rev 10 del 09/01/2024
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		

Io sottoscritto.....

nato a il

residente a CAP

Via N.

telefono

Dichiaro

- di essermi rivolto spontaneamente alla S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia e di aver depositato presso la Banca del Seme di tale S.O.C. i miei gameti (spermatozoi) da:
 - liquido seminale
 - biopsia testicolare
 - agoaspirato testicolare
 allo scopo di poterlo utilizzare nel momento in cui, in futuro, decidessi di ricorrere ad una fecondazione assistita sulla mia partner consenziente.
- che le procedure di crioconservazione mi sono state esaurientemente spiegate dal Dr. _____ ed ho potuto porre domande alle quali è stato esaurientemente risposto

Sono consapevole che:

- il mio liquido seminale verrà conservato per **cinque anni (5)** dal prelievo e cioè sino al giorno ___/___/___

Mi impegno a:

- utilizzare il liquido seminale entro il periodo previsto, cioè entro il giorno ___/___/___.
- 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) prima della scadenza di tale termine, al fine di prolungare il periodo di crioconservazione mediante una mia richiesta scritta;
- comunicare ogni variazione del mio indirizzo o del numero telefonico al fine di poter essere eventualmente rintracciato.

Mi è stato spiegato e sono consapevole che:

- entro il periodo sopraindicato per la conservazione, il campione crioconservato potrà essere utilizzato per trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita/trasportato verso altri Centri/ eliminato solo su mia specifica richiesta scritta;
- trascorso il periodo previsto, in caso di mia mancata richiesta di prolungamento del periodo di crioconservazione, oppure nel caso di mio decesso, la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia non sarà più tenuta alla conservazione del campione congelato che, quindi, **sarà eliminato senza che io riceva 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 al fine di garantire la corretta conservazione dei

 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 2 di 2
	CONSENSO INFORMATO ALLA CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	Codice MO 061
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev 10 del 09/01/2024

campioni crioconservati anche in caso di disastro ambientale o di chiusura programmata del Centro Sterilità, così come previsto dalla normativa vigente;

Mi è stato spiegato ed ho compreso che:

10. la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia si impegna esclusivamente alla 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;
11. la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia declina, inoltre, ogni responsabilità su eventuali danni dovuti a caratteristiche intrinseche biologiche del campione durante le procedure di crioconservazione, di scongelamento e durante la permanenza degli spermatozoi in azoto liquido.

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, in modo da poter contattare la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia per il prolungamento del periodo di crioconservazione stesso. In assenza di tale mia comunicazione di prolungamento, confermo di autorizzare la S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia ad eliminare il mio liquido seminale crioconservato.

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

Reggio E.,

Firma leggibile paziente

Documento d'identità

.....

Firma operatore Laboratorio PMA

.....