

 <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	Codice MO 033
	Deposito presso la SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia (Centro ricevente) di gameti crioconservati presso un altro Centro (Centro inviante).	
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev 08 del 19/12/2024

Io sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____
nata a _____ Prov _____ il ____/____/_____
residente in Via _____ n° _____ a _____ Prov. _____
Recapito telefonico _____

DICHIARO:

Di essermi rivolto/a spontaneamente alla SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia e di aver depositato presso tale SOC i miei:

ovociti

spermatozoi

crioconservati in data ____/____/_____, ____/____/_____, ____/____/_____,

➤ presso il Centro:

allo scopo di poterli utilizzare nel momento in cui, in futuro, decidessi di ricorrere ad una fecondazione assistita con il/la mio/mia partner consenziente;

➤ Di essere a conoscenza che la procedura di scongelamento **non** è in grado di garantire la sopravvivenza dei gameti dopo la crioconservazione e la loro corretta conservazione, in particolare per periodi prolungati.

SONO CONSAPEVOLE CHE:

➤ I miei gameti verranno conservati per un periodo di _____ dal deposito e cioè sino al giorno ____/____/_____

MI IMPEGNO A:

➤ Utilizzare/ritirare i miei gameti crioconservati entro il periodo previsto, cioè entro il giorno ____/____/_____;

➤ Prolungare, se ve ne fosse la necessità ed entro il periodo previsto, cioè entro il giorno ____/____/_____, il periodo di crioconservazione prendendo io personalmente contatto con la SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia (tel. 0522/296710-296464-296466) prima della scadenza di tale termine mediante una mia richiesta scritta;

 <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	
	Deposito presso la SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia (Centro ricevente) di gameti crioconservati presso un altro Centro (Centro inviante).	Codice MO 033
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev 08 del 19/12/2024

- Comunicare ogni variazione del mio indirizzo o del numero telefonico al fine di poter essere eventualmente rintracciato/a durante il periodo di conservazione dei miei gameti crioconservati presso la suddetta SOC.

MI E' STATO SPIEGATO E SONO CONSAPEVOLE CHE:

- I miei gameti crioconservati potranno essere utilizzati/ritirati/eliminati solo da me medesimo/a entro il periodo previsto, cioè entro il giorno ____/____/____;
- Trascorso il periodo previsto, in caso di mia mancata richiesta di prolungamento del periodo di crioconservazione, oppure nel caso di mio decesso, la SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia non sarà più tenuta alla conservazione dei campioni crioconservati che, quindi, **saranno eliminati senza che io** riceva alcuna ulteriore comunicazione da parte della suddetta S.O.C.
- la SOS PMA, SOC 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 campioni crioconservati anche in caso di disastro ambientale o di chiusura programmata del Centro Sterilità, così come previsto dalla normativa vigente.

DICHIARO

di aver preso visione di quanto sopra esposto e di aver compreso quanto mi è stato spiegato dal Dr. _____, operatore della SOS PMA, S.O.C. Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

Si allega fotocopia della carta di identità e codice fiscale del paziente.

Data.....

Firma leggibile paziente.....

Firma operatore Centro Sterilità.....