

 <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	Pag. 1 di 2
	CONSENSO INFORMATO AL RITIRO DALLA SOS PMA, SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASMN DI CAMPIONI BIOLOGICI CRIOCONSERVATI	MO 003
<p>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA</p>		<p>Rev 07 del 19/12/2024</p>

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nata a _____ Prov _____ il _____

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nata a _____ Prov _____ il _____

residente in Via _____ n° _____ a _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____

DICHIARO/IAMO

- Di essermi/ci rivolto/i spontaneamente alla SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia (Centro inviante) e di VOLER **RITIRARE** il seguente materiale biologico crioconservato:

spermatozoi
 ovociti
 zigoti
 embrioni

presso la SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia in data _____, _____, _____.

-Di aver fatto esplicita richiesta della movimentazione dei suddetti campioni presso il Centro ricevente

Denominazione _____

codice autorizzativo TE _____

- Di essere a conoscenza del fatto che presso la SOS PMA, SOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia rimangono n. __ campioni crioconservati.

DICHIARO/IAMO INOLTRE

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

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale del/dei donatore/donatori.

Reggio E., ____ / ____ / _____

Firma leggibile paziente _____

Firma operatore SOS PMA _____

 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 di 2
	CONSENSO INFORMATO AL RITIRO DALLA SOS PMA, SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA ASMN DI CAMPIONI BIOLOGICI CRIOCONSERVATI	MO 003
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev 07 del 19/12/2024

**CONSEGNA DI MATERIALE CRIOCONSERVATO
DA PARTE DEL CENTRO INVIANTE PER MOVIMENTAZIONE VERSO ALTRO CENTRO
DA PARTE DI VETTORE SPECIALIZZATO**

La SOS PMA della SOC Ostetricia e Ginecologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

CONSEGNA il materiale biologico crioconservato di proprietà di

Sig.ra _____

Sig. _____

inserendolo nell'apposito contenitore reso disponibile dal vettore _____

nello specifico al trasportatore Sig/Sig.ra _____

Tipo di documento d'identità _____ n _____

Rilasciato il _____ dal Comune di _____

Il paziente o il vettore con la sottoscrizione del presente documento

SI IMPEGNA:

- a garantire l' idoneità del contenitore da trasporto prescelto ovvero la idoneità del contenitore al mantenimento della temperatura durante il trasporto
- a rispettare le corrette condizioni di trasporto del materiale biologico crioconservato.

E DICHIARA INOLTRE:

- di avere letto e compreso le corrette modalità di gestione fornite dal Centro inviante
- di aver ricevuto "Etichetta secondaria per contenitore da trasporto" che gli viene consegnata per essere mantenuta sempre visibile esternamente durante il trasporto

Dal momento della consegna al vettore incaricato, nessuna responsabilità sarà ascrivibile al centro Inviante sulle modalità di conservazione durante il trasporto del materiale.

Data _____ ora consegna _____

Firma operatore della SOS PMA della SOC Ostetricia e Ginecologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, AUSL-IRCCS di Reggio Emilia Dr./Dr.ssa _____

Firma trasportatore _____

Si allega fotocopia del documento di identità del trasportatore.