

INFORMAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI

SCONGELAMENTO EMBRIONI

Al momento di inizio della terapia devono essere già stati eseguiti e controllati tutti gli esami di routine elencati nelle pagine successive.

La preghiamo gentilmente di tenere a disposizione il foglio delle istruzioni durante le eventuali telefonate.

RACCOMANDIAMO, IN OTTEMPERANZA A QUANTO SEGNALATO DAL MINISTERO DELLA SALUTE, L'ASSUNZIONE DI ALMENO 0,4 MG AL GIORNO DI ACIDO FOLICO PER RIDURRE IL RISCHIO DI DIFETTI CONGENITI. E' FONDAMENTALE CHE L'ASSUNZIONE INIZI ALMENO UN MESE PRIMA DEL CONCEPIMENTO E CONTINUI PER IL PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA.

ESAMI RICHIESTI PER EFFETTUARE I TRATTAMENTI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Gli esami devono essere consegnati ai medici del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita all'inizio del trattamento. Invitiamo i signori pazienti a prestare la massima attenzione al periodo di validità degli esami in quanto, in presenza di esami scaduti, il trattamento non sarà eseguito.

PER IL PARTNER MASCHILE

- a) Antigene Australia Virus Epatite B (HBsAg) (*validità 6 mesi*)[°]
- b) Anticorpi Anti Virus Epatite C (HCV) (*validità 6 mesi*)[°]
- c) VDRL, TPHA (*validità 6 mesi*)*
- d) Anticorpi Anti – Hiv 1 / 2 (*validità 6 mesi*)*

PER LA PARTNER FEMMINILE

- a) Antigene Australia Virus Epatite B (HBsAg) (*validità 6 mesi*)[°]
- b) Anticorpi Anti Virus Epatite C (HCV) (*validità 6 mesi*)[°]
- c) VDRL, TPHA (*validità 6 mesi*)*
- d) Anticorpi Anti – Hiv 1 / 2 (*validità 6 mesi*)*
- e) Ricerca anticorpi anti virus rosolia (*validità 6 mesi*)
- f) Test di Coombs indiretto (*validità 6 mesi*)*
- g) Pap test (*validità 3 anni, 5 anni per HPV test*)*
- h) Mammografia o ecografia mammaria (*validità 1 anno*)

Esami facoltativi (non inclusi fra quelli previsti dal SSN in funzione preconcezionale

- a) Ricerca anticorpi anti toxoplasma
- b) Ricerca anticorpi anti citomegalovirus

[°] Esami obbligatori secondo quanto stabilito dal D. Lgs n° 16/2010

* Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale per disposizione del DPCM sui nuovi Livelli essenziali di assistenza del 12 gennaio 2017.

Gli esami sopra elencati possono essere eseguiti nella città di residenza, presso laboratori accreditati, e dovranno essere controllati prima dell'inizio della terapia o dal proprio medico curante o dai medici del Centro secondo modalità accordate durante il colloquio preliminare. **Si prega di inoltrare gli esami e i moduli del consenso informato, unitamente a fotocopia dei documenti d'identità, esclusivamente all'indirizzo e-mail esami@9puntobaby.it o in alternativa via fax al numero 0510822328 indicando sempre il medico di riferimento e la sede di effettuazione del trattamento.**

NOTE IMPORTANTI PER I SIGNORI PAZIENTI

Si pregano i signori pazienti che desiderano il certificato medico di farne richiesta in accettazione ad inizio trattamento. Verrà rilasciato un certificato con l'indicazione dei giorni di effettiva presenza presso il Centro.

In caso di copertura assicurativa o di altro genere di rimborso, i signori pazienti sono pregati di volere cortesemente informare l'accettazione entro e non oltre 7 giorni prima dell'inizio del trattamento.

Al fine di evitare disguidi e fraintendimenti, preghiamo i signori pazienti di prendere attenta visione della parte del consenso relativa al trattamento economico e di contattare telefonicamente il nostro centralino nel caso si rendessero necessari ulteriori chiarimenti.

Si informano i signori pazienti che è possibile usufruire del servizio Easy Care che consente il pagamento rateale del costo del trattamento: per informazioni contattare il numero 051/2867511, mail easycare@nove.baby

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER TRANSFER DEGLI EMBRIONI SCONGELATI

AI SENSI DELLA LEGGE 19 FEBBRAIO 2004, N° 40

Noi sottoscritti

sig. _____ nato il _____ a _____ (____)

sig.ra _____ nata il _____ a _____ (____)

avendo intenzione di sottoporci ad una procedura di scongelamento e trasferimento degli embrioni, ad integrazione del consenso informato precedentemente sottoscritto in questa o in altra sede, dichiariamo di avere concordato col Dott. _____ che il numero di embrioni da trasferire sia _____:

1. illustrazione della tecnica specifica proposta e relative fasi operative, con particolare riguardo alla sua invasività nei confronti della donna e dell'uomo, ai sensi dell'articolo 6, della legge 19 febbraio 2004, n. 40:

La procedura prevede l'applicazione di uno speculum e l'inserimento di un sottile catetere all'interno della cavità uterina dove gli embrioni verranno rilasciati. La sopravvivenza degli embrioni allo scongelamento presso il nostro centro è del 97% per gli embrioni in 3° giornata e del 98.8% per le blastocisti.

Invasività della tecnica

Il transfer di embrioni non richiede anestesia e presenta un grado di invasività molto basso.

2. le probabilità di successo della tecnica espresse come possibilità di nascita di un bambino vivo:

Diamo atto di aver esaminato le percentuali di esito positivo riportate e di essere stati informati sulle effettive probabilità di successo alla luce delle limitazioni introdotte dai commi 1 e 2 dell'art. 14 della Legge n° 40/2004.

Conveniamo che l'esito dell'eventuale positivo concepimento rimane estraneo dalla Vostra sfera di competenze e responsabilità, sicché resterà nella nostra libera e personale determinazione ogni decisione sulla gravidanza, quindi in particolare la scelta di ricorrere alla diagnosi prenatale (amniocentesi, villocentesi, salvo altre) per escludere eventuali malformazioni fetali, anomalie cromosomiche ed in genere malattie genetiche del nascituro, ovvero la scelta di accettare la possibilità di queste evenienze. Le percentuali di gravidanza per transfer di embrioni congelati sono variabili e dipendono dall'età della donna, dal numero di embrioni trasferiti e dallo stadio di divisione embrionaria. L'apporto in termini di risultato cumulativo relativo allo scongelamento di embrioni è stato descritto, per fasce di età e numero di ovociti recuperati nell'atto di consenso precedentemente sottoscritto.

3. gli effetti indesiderati o collaterali relativi al trattamento:

Nella casistica Tecnobios Procreazione nel periodo 2012 - 2017 l'incidenza di gravidanza gemellare con tecniche di fecondazione in vitro è stata del 20.7% e di gravidanza trigemina dello 0.5 %; tali percentuali dipendono tuttavia dal numero di embrioni trasferiti e dall'età della paziente. Conveniamo comunque che si tratta di evenienza estranea alla Vostra sfera di competenze e responsabilità e che resterà nella nostra libera e personale determinazione ogni decisione relativa al proseguimento o meno della gravidanza.

4. i rischi per la madre, accertati o possibili, quali evidenziabili dalla letteratura scientifica:

Gravidanze extrauterine

La percentuale di gravidanze extrauterine riportata in letteratura è dell'1.3%-5.4% (Muller V. et al. 2016 Gynecol Endocrinol - Rel. Ministero della Salute sulla PMA 2017); nella casistica Tecnobios Procreazione la percentuale è del 2.9%. Tale patologia richiede quasi sempre l'asportazione della salpinge.

Complicanze al trasferimento intrauterino di embrioni

Per quanto non esistano casi riportati in letteratura, non è esclusa la possibilità di complicanze infettive derivanti dal trasferimento intrauterino di embrioni.

5. i costi economici totali derivanti dalla procedura:

- il costo della procedura standard è di Euro 1.500,00, da corrispondersi anticipatamente in unica soluzione prima di procedere allo scongelamento;
- in caso di sospensione del trattamento per lisi degli embrioni durante la fase di scongelamento, nulla sarà da noi dovuto;
- qualora il trattamento dovesse concludersi senza ottenere alcuna gravidanza resterà fermo il Vostro diritto ai compensi sopra indicati che ci impegnamo in via solidale a corrispondervi.

Data _____

Firma del Signore _____

Firma della Signora _____

Nel confermare le firme e la provenienza da noi del presente documento che Vi abbiamo trasmesso via fax/a mezzo posta confermiamo altresì che dalla data del documento fino ad oggi le nostre volontà sono rimaste costantemente ferme nel senso dichiarato.

Data _____

Firma del Signore _____

Firma della Signora _____

Il Medico _____

Infezioni da Virus Zika – Misure di prevenzione e controllo

Sintesi delle raccomandazioni per le donne in gravidanza, le donne in età fertile, e i loro partner che intendono recarsi o ritornano da aree in cui è in corso trasmissione del virus Zika o in aree in cui la circolazione del virus Zika è stata storicamente segnalata.

POPOLAZIONE TARGET	RACCOMANDAZIONI
<i>Donne in gravidanza</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prima di iniziare il viaggio, dovrebbero consultare il medico per valutare il rischio individuale e valutare la possibilità di posticipare i viaggi non essenziali in aree infette.- Durante il viaggio, seguire strettamente le misure per prevenire le punture di zanzara.- Praticare l'astinenza sessuale o avere rapporti sessuali protetti per tutta la durata della gravidanza.- Al ritorno dal viaggio, informare il medico del viaggio in aree con infezione in corso da virus Zika e rivolgersi subito al medico se si sviluppano sintomi compatibili con l'infezione da virus Zika.
<i>Partner di donne in gravidanza</i>	<ul style="list-style-type: none">- Al ritorno dal viaggio, praticare l'astinenza sessuale o avere rapporti sessuali protetti per tutta la durata della gravidanza.- Rivolgersi subito al medico se si sviluppano sintomi compatibili con l'infezione da virus Zika e informarlo della possibile esposizione all'infezione durante il viaggio.
<i>Donne in età fertile o donne che stanno prendendo in considerazione una gravidanza</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prima del viaggio, consultare il medico per ricevere informazioni sui possibili effetti dell'infezione da virus Zika durante la gravidanza e sul feto, su come prevenire le punture di zanzara e la trasmissione per via sessuale, in modo da poter scegliere consapevolmente se evitare il concepimento durante il viaggio e per i due mesi successivi al ritorno a casa.
<i>Partner di donne in età fertile o di donne che stanno prendendo in considerazione una gravidanza</i>	<ul style="list-style-type: none">- I partner sessuali maschili che tornano da aree in cui è in corso trasmissione del virus Zika dovrebbero avere rapporti sessuali protetti o praticare l'astinenza sessuale almeno per tre mesi dopo l'ultima possibile esposizione al virus Zika,- Eventualmente, a richiesta dell'interessato, effettuare il test per virus Zika