

CONSENSO INFORMATO AL CONGELAMENTO DEGLI OVOCITI SOVRANNUMERARI

Io sottoscritta

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

ad integrazione del consenso informato alla procedura di Procreazione Medicalmente Assistita alla quale ho deciso di sottopormi, nel caso in cui a seguito del trattamento si ottengano ovociti sovrannumerari (in esubero rispetto a quelli utilizzati nel trattamento), esprimo sin d'ora la volontà che da parte Vostra si proceda al loro congelamento, al fine di poterli utilizzare in futuro per ulteriori tentativi di gravidanza.

Nell'esprimere tale volontà dichiaro di essere stata chiaramente ed esaurientemente informata sui seguenti aspetti sui quali convengo:

La metodica di fecondazione degli ovociti oggetto di congelamento una volta scongelati è la microiniezione (metodo ICSI), indipendentemente dalla qualità del campione seminale. La percentuale di sopravvivenza degli ovociti dopo scongelamento riportata in letteratura varia dal 70% al 84% (Argyle CE et al Hum Reprod Update Jun 2016 - Rel. Ministero della salute sulla PMA 2017); i dati presenti in letteratura riguardanti le probabilità di successo della tecnica di scongelamento riportate in Italia indicano una percentuale del 16.9% (Rel. Ministero della salute sulla PMA 2017).

Concordo sin da ora che l'opportunità di procedere al congelamento degli ovociti sarà valutata dall'équipe medica e di laboratorio sulla base del numero degli ovociti idonei alle procedure stesse.

A fronte dell'attività di congelamento e custodia degli ovociti mi impegno a corrispondere al Vostro Centro l'importo di Euro 540,00 per la prima annualità di durata della conservazione. Trascorso tale periodo per la parte economica si farà riferimento al contratto da me sottoscritto per il deposito e custodia.

Nel caso in cui decidessimo di interrompere il rapporto di conservazione e custodia degli ovociti per portarli in un altro centro, dobbiamo comunicarlo tempestivamente tramite:

- PEC: dirgen.iob@pec.grupposandonato.it
- raccomandata a/r indirizzata a:

Centro di PMA
presso Direzione Sanitaria - Policlinico San Pietro
Via Forlanini 15
24036 - Ponte San Pietro (BG)

In tal caso, verrà a noi fatturato un importo di Euro 235 (Euro duecentotrentacinque/00) per prestazione specialistica medico-biologica di preparazione e predisposizione di materiale biologico da ritirare.

Confermo inoltre di esonerare il Vostro Centro nonché i medici e il personale tecnico in genere che per Vostro conto avranno ad operare da qualsiasi responsabilità, salvo l'esecuzione secondo idonea e professionale diligenza delle prestazioni afferenti il prelievo e la custodia degli ovociti.

Data _____

Firma della signora _____

Firma del Medico _____

In caso di mia morte o nel caso in cui risultassi irrintracciabile (a questo proposito mi impegno a comunicarVi tempestivamente eventuali mie variazioni di recapito), è mia volontà che il Vostro Centro dia corso a quanto indicato in quella tra le due opzioni di seguito indicate che vengo a scegliere apponendo croceseegno nel relativo spazio:

- utilizzi gli ovociti per scopi di ricerca, ovvero possa a proprio insindacabile giudizio lasciarli estinguere**
- lasci estinguere gli ovociti**

L'efficacia della presente richiesta di conservazione degli ovociti avrà validità fino a mia revoca da inviarsi per iscritto a Istituti Ospedalieri Bergamaschi Srl – Policlinico S. Pietro tramite:

- PEC: dirgen.iob@pec.grupposandonato.it
- raccomandata a/r indirizzata a:

Centro di PMA
presso Direzione Sanitaria - Policlinico San Pietro
Via Forlanini 15
24036 - Ponte San Pietro (BG)

Resta comunque sin d'ora beninteso, che in assenza di ricevimento di mia successiva comunicazione scritta, il Vostro Centro avrà facoltà di provvedere a dare corso all'opzione da me sopra indicata. Quanto sopra è fin d'ora a valersi anche in caso di mia irrintracciabilità.

Data _____

Firma della signora _____