 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	<b>MODULO</b>	Pagina 1 di 4
	<b>CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'</b>	Codice <b>MO 58</b>
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

A sensi e per gli effetti di cui alla Legge n. 127 del 1997 e successive modifiche ed integrazioni, la Sottoscritta certifica quanto segue, attestando nel contempo di essere stata ammonita sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e sollevando, pertanto, l'Amministrazione da ogni responsabilità per falsa dichiarazione:

Cognome e nome .....

nata il ..... a ..... Prov.....

Residente a .....Prov. ....

Via.....


Domiciliata (abituale dimora) a.....Prov. ....

Via.....

Documento.....

**Dichiara**

- di essere a conoscenza che la tecnica prevede le seguenti fasi:
  - ⤴ Induzione della crescita contemporanea di più follicoli ovarici mediante la somministrazione di farmaci;
  - ⤴ Controllo della risposta delle ovaie alla somministrazione dei suddetti farmaci mediante prelievi di sangue ed ecografie transvaginali;
  - ⤴ Prelievo degli ovociti mediante aspirazione dei follicoli per via transvaginale sotto controllo ecografico, in anestesia locale o in sedazione cosciente;
  
- di essere a conoscenza dei seguenti rischi o complicanze:
  - Rischio di risposta eccessiva alla terapia con aumento delle dimensioni delle ovaie sino a vari gradi di iperstimolazione che può comportare rigonfiamento dell'addome, alterazione di alcuni parametri ematochimici e, nei casi più gravi, necessità di ricovero in ospedale per la terapia del caso.
  - Possibilità di risposta insufficiente alla stimolazione ovarica; in questo caso il ciclo verrà sospeso.
  - Possibilità che siano necessari dosaggi dei farmaci più elevati di quelli consigliati nei foglietti illustrativi; ciò non comporta alcun rischio aggiuntivo rispetto a quelli già menzionati.
  - Complicanze emorragiche causate dal prelievo degli ovociti (con frequenza di circa 0,1%) che possono richiedere intervento chirurgico per fermare l'emorragia e/o trasfusioni di sangue.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</p>	<b>MODULO</b>	Pagina 2 di 4
	<b>CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'</b>	Codice <b>MO 58</b>
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

- Insorgenza di infezioni pelviche, cioè all'utero, alle tube, all'ovaio e alla parte inferiore dell'addome (frequenza di circa 0,1%) che possono richiedere l'impiego di antibiotici e/o terapia chirurgica.
- Possibili effetti collaterali o controindicazioni della terapia farmacologica, valutati al momento della prescrizione con il Medico del Centro.
- di essere a conoscenza che:
  - i dati relativi al trattamento e ai suoi esiti potrebbero essere utilizzati in forma anonima per progetti di ricerca, pubblicazioni scientifiche ed elaborati riguardanti l'efficacia delle tecniche presso il nostro Centro.

**Attesta**

- che prima di firmare questo consenso informato ha avuto un colloquio con il Dott..... durante il quale sono stati chiariti e soddisfatti tutti i dubbi inerenti la tecnica proposta e i problemi di bioetica connessi e alla sensibilità etica individuale. E' stata altresì informata dei costi del trattamento.

**Conferma**

- di aver letto il modulo di consenso informato nella sua totalità e di averne compreso completamente il contenuto.


**1. Autorizza**

- L'Arcispedale "S. Maria Nuova" di Reggio Emilia ed il Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia-Ginecologia allo svolgimento di ogni trattamento dei propri dati personali, anche quelli di natura sensibile, qualora si renda necessario per l'espletamento della metodica medica di cui alla presente informativa e ciò in osservanza delle disposizioni normative contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali". D.Lgs 196/2003, agli artt. 76 ed 81 del D.Lgs stesso.

•

Firma del Medico che ha effettuato il colloquio ..... Data .....

Firma leggibile .....Data compilazione.....

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small>	<b>MODULO</b>	Pagina 3 di 4
	<b>CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'</b>	Codice <b>MO 58</b>
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

**CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO ED ALLA  
CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI**

Io sottoscritta.....  
nata a ..... Prov ..... il .....  
indirizzo.....  
telefono.....


**DICHIARO:**

- Di essermi rivolta spontaneamente in data odierna alla S.C. di Ostetricia e Ginecologia per il prelievo e la crioconservazione di ovociti;
- che le procedure di prelievo e di crioconservazione mi sono state esaurientemente spiegate dal Dr. \_\_\_\_\_ ed ho potuto porre domande alle quali è stato esaurientemente risposto;
- che mi è stata illustrata la possibilità di crioconservazione degli ovociti con la prospettiva di poterli utilizzare nel momento in cui, in futuro, decidessi di ricorrere ad una fecondazione assistita.

**DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:**

I miei ovociti **verranno conservati per cinque anni dal giorno del prelievo** e cioè sino al giorno  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- la metodica di crioconservazione degli ovociti è stata solo di recente introdotta nella pratica clinica, deve essere considerata sperimentale e non è ancora possibile indicare le sue possibilità di successo e gli eventuali rischi.
- la procedura di crioconservazione non è in grado di garantire:
- la sopravvivenza degli ovociti dopo la crioconservazione;
- la corretta conservazione degli ovociti in particolare per periodi prolungati;
- la idoneità degli ovociti ad essere successivamente impiegati per una fecondazione in vitro al fine di una gravidanza mediante l'applicazione di una tecnica di procreazione assistita.
- si potrà procedere eventualmente alla fecondazione degli ovociti scongelati unicamente con gli spermatozoi del mio coniuge/partner.
- nel rispetto della legge n.40/2004, non saranno possibili la fecondazione con spermatozoi di donatore, la donazione degli ovociti ad altre coppie e la fecondazione al fine di ottenere embrioni a scopo di ricerca.
- il campione congelato potrà essere ritirato solo da me medesima entro il periodo previsto per la conservazione.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</p>	<b>MODULO</b>	Pagina 4 di 4
	<b>CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO E CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI PER PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA'</b>	Codice <b>MO 58</b>
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SOS PMA		Rev. 02 del 30/06/2025

**MI IMPEGNO A:**

- Utilizzare gli ovociti entro il periodo previsto, cioè entro il giorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Comunicare ogni variazione dell'indirizzo o del numero telefonico al fine di poter essere eventualmente rintracciata.
- Prendere contatto con la S.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (tel. 0522/296710-296464, fax 0522/295909) prima della scadenza di tale termine, al fine di prolungare il periodo di crioconservazione mediante una mia richiesta scritta.

**MI È STATO SPIEGATO E SONO CONSAPEVOLE CHE:**

- trascorso il periodo previsto, o prima in caso di mio decesso, la S.C. di Ostetricia e Ginecologia **non sarà più tenuta alla conservazione del campione congelato** che, quindi, potrà essere eliminato oppure scongelato e utilizzato a fini di ricerca scientifica, senza che io riceva alcuna ulteriore comunicazione.

**AUTORIZZO PERTANTO LA S.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

– alla scadenza del termine previsto:

- ad eliminare i miei ovociti
- ad utilizzare i miei ovociti a scopo di ricerca nel rispetto della L.40/2004

**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, poiché dopo tale data, come da me esplicitamente autorizzato, i miei ovociti saranno eliminati oppure utilizzati a scopo di ricerca, senza che io riceva alcuna altra comunicazione.

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

Data di compilazione .....

Firma leggibile.....