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

Io sottoscritta (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Io sottoscritta (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 \_\_\_\_\_

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

**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.