



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO
INFORMATO ALLA
AUTOCONSERVAZIONE di OVOCITI**

**MD PS Autoconservazione 1-2
Rev. 1
31 maggio 2013
pagina 1 di 4**

S.I.S.Me.R

Io sottoscritta nata ail richiedo al personale specializzato consulente presso S.I.S.Me.R., di essere sottoposta ad un ciclo di **Autoconservazione di ovociti** attraverso l'intervento di prelievo di ovociti sulla mia persona e la successiva crioconservazione degli stessi , ai fini da me richiesti di preservazione della fertilità per.....

Dichiaro di avere preliminarmente effettuato un colloquio con il Dott....., nel corso del quale sono stata informata, in modo chiaro ed esaustivo dei seguenti punti :

A) Illustrazione della tecnica proposta , in ogni fase della sua applicazione

La autoconservazione di ovociti prevede le seguenti fasi :

- una prima fase di stimolazione ovarica che ha lo scopo di ottenere una crescita multipla di follicoli e, quindi, di ovociti . La stimolazione richiede un attento monitoraggio tramite esami ecografici e dosaggi ormonali, per determinare il momento appropriato per il recupero degli ovociti.
- Una seconda fase che prevede la manovra chirurgica di aspirazione dei follicoli per via transvaginale ecoguidata per il recupero degli ovociti. Questo prelievo di ovociti viene eseguito in anestesia generale.
- Dopo il prelievo, tutti gli ovociti maturi (in metafase II) vengono congelati e crioconservati in azoto liquido.

B) Possibili effetti collaterali e rischi connessi alla tecnica.

- L'uso dei farmaci per la stimolazione ovarica espone ad un rischio, pari allo 0.6% di insorgenza della sindrome di iperstimolazione ovarica severa (OHSS) che può richiedere ospedalizzazione in quanto comporta alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico ed emocoagulativo. In casi estremi, la iperstimolazione ovarica può provocare fenomeni tromboembolici ed insufficienza renale acuta con conseguenze permanenti alla salute. Qualora la risposta alla stimolazione fosse considerata ad alto rischio, può rendersi necessaria la sospensione del ciclo. In alcuni casi, può rendersi utile la somministrazione di albumina umana
- il prelievo degli ovociti prevede, come ogni atto medico-chirurgico, un possibile rischio di complicanze correlate sia alla anestesia che alla manovra chirurgica. In particolare, esiste un rischio



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO
INFORMATO ALLA
AUTOCONSERVAZIONE di OVOCITI**

**MD PS Autoconservazione 1-2
Rev. 1
31 maggio 2013
pagina 2 di 4**

S.I.S.Me.R

pari allo 0.1% di lesioni ad organi interni durante la manovra. Tale complicanza può richiedere un intervento chirurgico riparatore. Sono inoltre stati riportati casi di ascessi ovarici e peritoniti con conseguente necessità di ricovero urgente in ambiente ospedaliero, durante o dopo il prelievo degli ovociti.

C) Possibile fallimento della tecnica

Il prelievo degli ovociti può esitare nel mancato recupero di ovociti o nel recupero solo di ovociti immaturi o degenerati, non utilizzabili per lo scopo suddetto. Il rischio è dello 0.4% e costituisce un fallimento totale del trattamento.

D) Consulenza psicologica

In rapporto alla multivalenza ed ai complessi significati personali che la procedura richiesta può avere, il Centro mette a disposizione **la consulenza di uno psicologo.**

Quanto sopra considerato, esprimo consapevolmente la mia volontà di accedere alla tecnica di Autoconservazione di ovociti e di dare il mio consenso alla loro crioconservazione

Data Firma

Documento.....

Conformemente agli accordi intercorsi, qualora sia stato possibile prelevare e crioconservare ovociti, tale materiale sarà crioconservato in modo gratuito fino al 15 del mese di Dicembre dell'anno successivo a quello nel corso del quale è stato compiuto l'intervento. Entro tale scadenza, mi impegno a fornirVi disposizioni scritte in merito alla mia volontà : interrompere la crioconservazione o richiedere ulteriore proroga annuale del deposito in oggetto, con corresponsione a mio carico delle spese vive.

E) Sono stata altresì informata che:

1. la qualità degli ovociti crioconservati è comunque soggetta a degrado biologico connesso con le attuali tecniche di crioconservazione;
2. non avrò diritto ad alcun indennizzo nel caso che, per qualsiasi motivo e nonostante le cure del personale del Centro, si verificassero la perdita o il deterioramento del materiale depositato;



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO
INFORMATO ALLA
AUTOCONSERVAZIONE di OVOCITI**

**MD PS Autoconservazione 1-2
Rev. 1
31 maggio 2013
pagina 3 di 4**

S.I.S.Me.R

3. Gli ovociti depositati possono essere richiesti solo dal paziente da cui sono stati prelevati,
4. Gli ovociti crioconservati verranno scongelati in caso di decesso del depositante e comunque non potranno essere utilizzati in cicli di trattamento di procreazione assistita, posto il divieto di cui all'art 5 della Legge 40/2004 e le sanzioni di cui all'art 12, comma 2 della stessa Legge.

G) Sono stata inoltre chiaramente informata che la **utilizzazione futura dei miei ovociti** crioconservati prevede le modalità cliniche della PMA ed è soggetta alle disposizioni legislative vigenti in Italia.

In particolare, mi è stato chiaramente spiegato che :

- lo scongelamento degli ovociti ha una percentuale di sopravvivenza che, nella casistica dei centri SISMER (dati 2004-2012) è del 69%.
- la inseminazione deve essere eseguita con microiniezione (tecnica ICSI), indipendentemente dalla qualità del liquido seminale
- la possibilità di gravidanza è strettamente correlata alla mia età ed al numero di ovociti che sono in grado di produrre
- il congelamento degli ovociti è una tecnica praticata ormai da 8 anni, ma tuttora in fase di valutazione. I dati pubblicati relativi alla salute dei bambini nati (N.Noves et alt. Reproductive BioMedicine Online vol.18 issue 6 pag.769-776 2009;U.B. Wennerholm et alt. Oxford Journals Medicine Human Reproduction vol. 24 issue 9 pag.2158-2172) non rilevano, al momento, alcuna patologia rispetto alle altre procedure della PMA. È da tenere presente che il numero delle procedure eseguite con l'utilizzo di ovociti crioconservati è ancora limitato. .

Tutto quanto suddetto, oltre essermi stato verbalmente illustrato , è descritto in dettaglio in ogni sua fase nel **fascicolo informativo** che mi è stato consegnato in data e che ho compreso in ogni suo aspetto.



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO
INFORMATO ALLA
AUTOCONSERVAZIONE di OVOCITI**

**MD PS Autoconservazione 1-2
Rev. 1
31 maggio 2013
pagina 4 di 4**

S.I.S.Me.R

Dichiaro inoltre che i **Costi** della intera procedura mi sono stati illustrati a voce e consegnati per iscritto, sia per quanto riguarda il trattamento in essere che il mantenimento della crioconservazione degli ovociti e le modalità legate al loro scongelamento.

Dichiaro di avere già provveduto a firmare il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali) durante i colloqui preliminari

Quanto sopra considerato e chiaramente compreso, esprimo consapevolmente la mia volontà di accedere alla procedura suddetta.

Data

Firma

DOCUMENTO.....

Numero

Rilasciato da ° il

Avanti alla persona del Dott.