



S.I.S.Me.R.

**ATTO DI CONSENSO INFORMATO AL
PRELIEVO DEGLI SPERMATOZOI
DIRETTAMENTE DALL'EPIDIDIMO O DAL
TESTICOLO**

MD PS PMA 1-33
Rev.03
21 ottobre 2010
Pag. 1 di 2

A) Il sottoscritto.....nato a.....
il.....con il presente consenso autorizza il personale specializzato
consulente presso S.I.S.Me.R. , ad eseguire, sulla mia persona, l'intervento per il recupero
di spermatozoi. Sono a conoscenza della non certezza che l'intervento abbia esito positivo.
Attesto che mi sono stati spiegati in modo chiaro i motivi che lo rendono necessario e la
tecnica di esecuzione, le alternative terapeutiche, il costo del trattamento nonché i rischi
legati all'atto operatorio, sia generici che anestesilogici ed, in particolare quelli specifici,
consistenti nella possibilità di ematoma (raccolta di sangue) intra o extra testicolare, di
idrocele (raccolta di liquido extra testicolare), di parziale o totale devascularizzazione
(estremamente raro) del testicolo i cui esiti possono verificarsi a distanza di tempo
dall'intervento.

B) Sono a conoscenza che:

1. E' possibile che non vengano reperiti spermatozoi;
2. Non esistono attualmente metodi o strumenti per predire il ritrovamento di spermatozoi
per cui l'intervento deve intendersi come un tentativo ragionevole di reperimento degli
stessi;
3. La metodica utilizzata per l'inseminazione degli ovociti dipenderà dalla quantità e dalla
qualità degli spermatozoi reperiti ma quasi sempre richiede l'iniezione
intracitoplasmatica degli ovociti(ICSI)

C) Qualora dall'intervento chirurgico vengano reperiti spermatozoi ,

- Do il consenso : firma
- Non do il consenso : firma

alla crioconservazione

D) Conformemente agli accordi intercorsi , qualora sia stato possibile crioconservare il
liquido seminale ottenuto dal prelievo chirurgico, tale campione sarà conservato fino al
giorno 15 del mese di Dicembre dell'anno successivo a quello nel corso del quale è stato
compiuto l'intervento. Solo a seguito di successive intese, si potrà eventualmente convenire
una ulteriore proroga annuale del deposito in oggetto con corresponsione a proprio carico



S.I.S.Me.R.

**ATTO DI CONSENSO INFORMATO AL
PRELIEVO DEGLI SPERMATOZOI
DIRETTAMENTE DALL'EPIDIDIMO O DAL
TESTICOLO**

MD PS PMA 1-33
Rev.03
21 ottobre 2010
Pag. 2 di 2

delle spese, nel qual caso dovrà essere fatta richiesta scritta che pervenga al Centro prima della scadenza del termine di cui sopra.

E) Sono stato informato che :

1. la qualità del campione di liquido seminale crioconservato 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 campione depositato;
3. il liquido seminale depositato può essere richiesto solo dal paziente da cui è stato prelevato;

PARTNER FEMMINILE

PARTNER MASCHILE

DOCUMENTO DOCUMENTO

N° N°

Rilasciato il Rilasciato il

da da

Firma Firma

Avanti alla persona del Dott.in data.....