



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

MD PS PMA 1-33  
Rev.05  
27 Giugno 2022  
Pag. 1 di 2

**S.I.S.Me.R.**

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 31 Dicembre dell'anno in corso. Solo a seguito di successive intese, si potrà  
eventualmente convenire una ulteriore proroga annuale del deposito in oggetto con*



**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.05  
27 Giugno 2022  
Pag. 2 di 2

*corresponsione a proprio carico 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 .....