



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 1 di 8**

S.I.S.Me.R

Ai sensi di:

Legge 40/2004: “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita” pubblicata su G.U.R.I. n. 45 del 24 febbraio 2004;

D.L. 16 dicembre 2004 n. 336 “Regolamento recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita” pubblicato su G.U.R.I. n. 42 del 21 febbraio 2005;

D.L. 6 novembre 2007 n.191 “Attuazione della Direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l’approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani”;

Sentenza della Corte Costituzionale n. 151 1 aprile - 8 maggio 2009 pubblicata su G.U.R.I. Prima Serie Speciale n. 19 del 13 maggio 2009;

D.L. 25 gennaio 2010 n. 16 “Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 04/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l’approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché’ per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani (10G0030)”;

Sentenza n. 162/2014 della Corte Costituzionale in tema di Procreazione Medicalmente Assistita con gameti di donatore/ice,

Tutti i requisiti cogenti riferiti alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono pubblicati sul sito internet del Registro Nazionale PMA, alla sezione “normativa”, all’indirizzo www.iss.it/rpma cui si rimanda per la consultazione

Data _____

CENTRO

Noi sottoscritti _____ (partner femminile)

nata a _____ il _____ C.F. _____ e

_____ (partner maschile)

nato a _____ il _____ C.F. _____

residenti a _____ prov. _____ via _____

chiediamo di essere sottoposti ad un ciclo di concepimento assistito denominato:

“FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI DONATI”



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 2 di 8**

S.I.S.Me.R

Siamo a conoscenza che l'accesso al programma di donazione di ovociti richiede le seguenti indicazioni:

- Donne con ipogonadismo ipergonadotropo.
- Donne in avanzata età riproduttiva ma comunque in età potenzialmente fertile.
- Donne con ridotta riserva ovarica dopo fallimento di fecondazione omologa.
- Donne che sanno essere affette o portatrici di un significativo difetto genetico o che hanno una storia familiare di una condizione per lo stato di portatore non può essere determinato.
- Donne con ovociti e/o embrioni di scarsa qualità o ripetuti tentativi di concepimento falliti tramite tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
- Donne con fattore iatrogeno di infertilità.

Nel nostro caso specifico, richiediamo la donazione di ovociti per la seguente indicazione:

.....
Dichiariamo di avere effettuato un colloquio con il Dott. _____ medico specialista del Centro S.I.S.Me.R, nel corso del quale **siamo stati informati**, in modo chiaro ed esaustivo in merito ai seguenti punti:

1. Possibilità di ricorrere a procedure di **adozione o di affidamento** ai sensi della legge 4 maggio 1983, n.184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita.
2. **Conseguenze giuridiche** della procreazione medicalmente assistita per la donna, per l'uomo e per il nascituro di cui agli articoli 8 e 9, della legge n. 40/2004 di seguito descritti:

ART. 8 "Stato giuridico del nato"

1. "I nati a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6".

ART. 9 "Divieto di disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre"

1. "Il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 236, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice".

2. "La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396".

3. "Il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parenterale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi".

3. Problemi bioetici conseguenti alla applicazione della tecnica, con particolare riferimento al fatto che la donazione di ovociti implica che verranno trasferito all'interno dell'utero della ricevente embrioni ottenuti con materiale genetico materno estraneo alla coppia (donatrice) e che, in caso di gravidanza, la gestazione ed il parto conferiscono alla ricevente lo stato di madre legale.

La procedura comporta inoltre una fase extracorporea che prevede che alcune tappe del processo iniziale della riproduzione avvengano in "vitro": inseminazione, fecondazione, coltura di embrioni



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 3 di 8**

S.I.S.Me.R

per 2-5 giorni. Gli attuali sistemi di coltura non compromettono la capacità intrinseca dei gameti e degli embrioni al successivo sviluppo una volta trasferiti nell'utero.

Siamo consapevoli che questa nostra libera scelta possa comunque avere implicazioni sulla sensibilità etica individuale.

4. Per tutte le implicazioni sopra descritte, l'iter terapeutico della fecondazione in vitro e del programma di ovodonazione possono rappresentare una esperienza emotivamente e psicologicamente stressante per entrambi i membri della coppia. ***Tutte le coppie che intendono accedere ai programmi dell'ovodonazione devono quindi eseguire una consulenza psicologica che verifichi l'inesistenza di controindicazioni al trattamento.***

5. In base alle normative vigenti, la donazione di ovociti prevede l'anonimato e l'origine degli ovociti donati può essere molteplice. S.I.S.Me.R. ha differenziato il percorso in diversi programmi in base ***alla origine degli ovociti donati:***

- ***Programma 1:*** Ovodonazione con utilizzo di ovociti donati da donne che hanno congelato gameti in passato e non volendo utilizzarli decidono di metterli a disposizione per le coppie che accedono al trattamento eterologo.
- ***Programma 2:*** Ovodonazione con utilizzo di ovociti donati da donne che si stanno sottoponendo a un trattamento di fecondazione assistita.
- ***Programma 3:*** Ovodonazione con ovociti donati da donne che in modo spontaneo e altruistico decidono di donare i propri gameti e non si stanno sottoponendo a un trattamento di fecondazione assistita a loro volta.
- ***Programma 4:*** Permette alle coppie che accedono al percorso dell'eterologa di presentare al Centro una possibile donatrice. Poiché la donazione deve essere anonima la donatrice presentata dalla coppia non sarà colei che direttamente donerà i gameti alla coppia ricevente.
- ***Programma 6:*** Scelta di eseguire il trattamento presso un Centro Estero.
- ***Programma 7:*** Ovodonazione con l'utilizzo di ovociti crioconservati importati da Banca Estera. In questo caso, il numero di ovociti importati per ogni singola coppia è non inferiore a sei.

Al di là dell'origine degli ovociti donati, tutte le donatrici devono possedere i requisiti di idoneità per la donazione

Per i programmi 1-4, la selezione della donatrice e la certificazione della idoneità alla donazione è responsabilità del Centro S.I.S.Me.R. in tutte le sue fasi.

Per il programma 6, S.I.S.Me.R. aiuta la coppia nella fase preliminare (prescrizione e controllo esami, colloquio psicologico, ecc), nella prescrizione dei farmaci, nella valutazione dell'endometrio in fase di HRT, ma tutte le fasi "attive" del trattamento sono eseguite nel centro estero che assume le responsabilità della selezione della donatrice, della sottomissione del consenso informato e del trattamento stesso.

Per il programma 7, la importazione dei gameti viene eseguita in accordo alla normativa vigente (Decreto 10 ottobre 2012, Capo II ,articoli 7, 8 e 9 che "attua le Direttive Europee 2004/23, 2006/17 e 2006/86"), stipulando un accordo con un Centro estero Europeo autorizzato alla esportazione di gameti umani dalla Autorità nazionale competente. Tale accordo è formalizzato in un contratto che definisce le specifiche responsabilità dei due Centri ed è corredato da protocolli operativi condivisi tali da garantire, nei limiti del possibile, il miglior risultato in riferimento alla utilizzabilità dei detti ovociti ai fini della procedura di PMA prescelta.

A questo proposito **siamo stati chiaramente informati** che, come previsto nel contratto, la procedura "in vitro"(scongelo degli ovociti, inseminazione, successiva coltura e crioconservazione di embrioni) devono essere eseguiti presso il Centro con il quale la Banca di ovociti ha stipulato l'accordo, ovvero, in tal caso, presso S.I.S.Me.R.



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 4 di 8**

S.I.S.Me.R

Nel nostro caso specifico, abbiamo scelto il programma numero

A questo proposito siamo stati informati che:

5.1 In accordo con le Direttive Europee l'*età della donatrice* non deve superare i 35 anni. Tutte le donatrici vengono sottoposte ad *esami* finalizzati a conoscere e certificare il loro stato di salute.

Le donatrici eseguono:

- a) valutazione iniziale per analizzare la *anamnesi personale e familiare* per patologie gravi e malattie ereditarie, risalendo fino alla seconda generazione ascendente. Non possono donare le persone adottate.
- b) *studio psicologico* attraverso colloquio e test specifici per escludere l'esistenza di disturbi psicologici, psichiatrici o stili di vita inadeguati e per confermare la assoluta volontarietà dell'atto di donazione.

In particolare:

- c) *analisi ematiche cliniche e sierologiche* per valutare lo stato di salute della donna e per escludere il rischio di trasmissione di Epatite B, Epatite C, HIV, Sifilide, Herpes genitalis e CMV.
- d) *esami genetici*: mappa cromosomica e screening per fibrosi cistica, beta talassemia, favismo e trombofilia. Questi elencati sono i test obbligatori, ma spesso la donatrice è valutata anche per le altre mutazioni *più frequenti* di malattie autosomiche recessive o legate al cromosoma X quali le emofilie, l'X-fragile, la atrofia muscolare spinale, alcune distrofie. Inoltre, e solo nel caso in cui la coppia lo desidera e ne faccia specifica richiesta, è possibile effettuare uno studio di **compatibilità genetica** tra la donatrice ed il marito/partner della ricevente. Questo studio consiste nell'analisi della informazione genetica di oltre 300 malattie recessive **più rare** per controllare che la donatrice ed il paziente non condividano mutazioni.
- e) *controllo ginecologico*: accurata visita, valutazione ormonale, esame citologico e tampone cervico-vaginale per Chlamydia Trachomatis, Gardnerella, Neisseria Gonorrhoeae, Micoplasma Genitalis, Ureaplasma Urealyticum, enterobatteri e miceti.

5.2 Siamo stati chiaramente informati che, nonostante l'esecuzione dei suddetti esami, non è possibile garantire un normale stato di salute psico-fisica del nascituro.

5.3 Siamo stati informati che *l'identità della donatrice* resterà anonima. I dati clinici potranno essere resi noti al personale sanitario solo in casi straordinari, dietro specifica richiesta e con procedure istituzionalizzate, per eventuali problemi medici del nato, ma in nessun caso alla coppia ricevente.

5.4 La donatrice è libera di revocare, in qualsiasi momento e senza alcuna pretesa, il consenso alla donazione degli ovociti fino al momento dell'inseminazione dell'ovocita.

5.5 Prendiamo atto che l'importazione dei gameti effettuata dal S.I.S.Me.R, su nostra specifica richiesta, allo scopo di eseguire trattamenti di PMA eterologa presso detto Centro, non configura un acquisto e la crioconservazione presso il S.I.S.Me.R. è finalizzata ai detti trattamenti.

In ragione di quanto sopra, esprimiamo sin d'ora la volontà che, qualora – con o senza l'ottenimento di una gravidanza – trascorra un tempo superiore ad un anno dall'ultimo trattamento e/o contatto con il S.I.S.Me.R. i gameti residui, ancora crioconservati presso detto Centro, vengano donati in forma anonima e gratuita ad altre coppie per tecniche di PMA eterologa, così da consentire che vengano conseguite le finalità per le quali le donatrici/i donatori hanno espresso una specifica



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 5 di 8**

S.I.S.Me.R

volontà e i Centri di origine e di arrivo hanno gestito tutte le fasi della procedura, dalla raccolta sino alla crioconservazione dei gameti.

Prendiamo altresì atto che, prima della scadenza del termine di cui sopra, è sempre consentita l'espressione di una diversa volontà e, precisamente:

- la volontà che il S.I.S.Me.R restituisca i gameti al Centro di origine, nel rispetto delle metodiche previste, con spese a nostro carico;
- la volontà che il S.I.S.Me.R. mantenga la crioconservazione dei gameti per un ulteriore periodo di un anno, con spese a nostro carico.

utilizzando – preferibilmente – l'apposito Modulo MDPSPMA 1-129 che ci viene contestualmente consegnato. In caso di smarrimento, potrà essere richiesto al S.I.S.Me.R. un duplicato.

♀ Firma ♂ Firma

6. La tecnica prevede una serie di fasi che possono essere così riassunte:

- la donna ricevente viene trattata farmacologicamente per preparare il suo endometrio all'accoglimento dell'embrione utilizzando schemi terapeutici standardizzati con estrogeni e progesterone. Può essere necessaria la sincronizzazione dei cicli fra donatrice e ricevente utilizzando analoghi del GnRH o una pillola anticoncezionale. In alcuni casi il trasferimento può essere eseguito su ciclo naturale.

- Il liquido seminale prodotto dal partner della ricevente viene opportunamente preparato in laboratorio allo scopo di selezionare gli spermatozoi migliori. Se si esegue la fecondazione in vitro (FIV), ovociti e spermatozoi vengono coltivati in laboratorio insieme, in condizioni favorevoli per la fecondazione. Se si esegue l'iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi (ICSI) lo spermatozoo viene microiniettato nell'ovocita maturo recuperato. In caso di inseminazione di ovociti crioconservati, deve sempre essere utilizzata la ICSI. Dopo 2-5 giorni dall'inseminazione gli embrioni ottenuti vengono depositati nell'utero della ricevente o crioconservati.

7. Per facilitare il programma e semplificare la procedura, può essere indicata *la crioconservazione preliminare del liquido seminale* che verrà utilizzato successivamente per l'inseminazione dell'ovocita.

8. Nessuna tecnica di concepimento assistito garantisce la gravidanza; la probabilità di successo dipende da diversi fattori come la normalità dell'utero della paziente ricevente, la qualità del liquido seminale e la presenza o meno di altri fattori che hanno determinato il trattamento. Siamo stati informati che nei Centri S.I.S.Me.R., allo stato attuale, la probabilità di una gravidanza a termine con la donazione di ovociti è del 30% per ciclo di trattamento.

9. Siamo stati informati sui possibili rischi per la donna e per il/i nascituro/i derivanti dalla tecnica:

9.1 Gravidanza multipla: in questi casi è descritta in letteratura una aumentata percentuale di rischio sia per la madre (gestosi, diabete, distacco intempestivo di placenta etc.) che per i nascituri (parto prematuro con basso peso alla nascita, immaturità, insufficienza respiratoria, ritardo nello sviluppo psicomotorio). Tali rischi aumentano in relazione al numero dei feti presenti in utero. Con lo scopo di ridurre tale rischio in questo Centro non vengono mai trasferiti più di due embrioni e si promuove il transfer di un singolo embrione. Qualora fossero presenti più embrioni, tali embrioni devono essere crioconservati.

A tal proposito:



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 6 di 8**

S.I.S.Me.R

- diamo il consenso alla crioconservazione di embrioni**, consci che tale decisione comporta l'impegno della coppia a ritornare al Centro non appena possibile perché la donna venga sottoposta al trasferimento degli embrioni crioconservati. Siamo a conoscenza che, nel caso in cui non dovessimo ritornare al Centro per eseguire il trasferimento degli embrioni crioconservati, questi potrebbero essere crioconservati *sine die* qualora non venga modificata la legislazione vigente. Siamo inoltre stati informati che la partner femminile, ai sensi delle Linee Guida in materia di procreazione medicalmente Assistita di cui al DM 01/07/2015, n. 161, ha il potere di "ottenere il trasferimento degli embrioni crioconservati", anche contro la volontà del partner maschile.
- non diamo il consenso alla crioconservazione di embrioni**, informati del fatto che, in questo caso, possono essere inseminati un numero massimo di due ovociti per evitare lo sviluppo di embrioni in numero superiore a quelli da trasferire, con il rischio, non prevedibile, che non si ottenga alcun embrione idoneo al trasferimento.

♀ Firma ♂ Firma

- 9.2** Pur trasferendo embrioni nell'utero, esiste la possibilità (pari all'1% per trasferimento) di insorgenza di una **gravidanza extrauterina**. L'insorgenza di una gravidanza ectopica (fuori dall'utero) richiede quasi sempre un intervento chirurgico per l'asportazione dell'organo dove si è impiantato l'embrione
- 9.3** I dati della letteratura, anche se non perfettamente concordi, indicano un aumento del rischio di **malformazioni nei nati** da PMA rispetto ai nati della popolazione normale (Hum Reprod Update Vol. 19 n°4, 2013). L'aumentato rischio è in gran parte da attribuire alle diverse popolazioni comparate: popolazione fertile e popolazione infertile. I nati da ICSI per un fattore severo di infertilità maschile hanno un aumentato rischio di alterazioni cromosomiche rispetto alla popolazione normale (*de novo*: 1.6% versus 0.5%; trasmesse: 1.4% versus 0.4%). L'aumento sembra essere più correlato all'alterata qualità dei parametri seminali che non alla tecnica ICSI di per sé (Hum Reprod Vol 17 n.10, 2002). Nei Centri S.I.S.Me.R., su 4263 bambini nati dai cicli PMA eseguiti fino al 2019, le malformazioni totali sono state 144 (pari al 3.4%) di cui 35 minori, e 109 maggiori. Per quanto riguarda lo sviluppo mentale, non esistono differenze rispetto ai nati da concepimento spontaneo (Hum Reprod Update Vol. 19 n°3, 2013).
- 9.4** I **farmaci** utilizzati nel trattamento specifico di ovodonazione non aumentano il rischio di malformazioni nei nati. Possono essere controindicati nel caso di patologie pregresse della paziente.
- 9.5** Esistono esami diagnostici (prelievo di villi coriali e amniocentesi) in grado di mettere in evidenza la maggior parte delle anomalie cromosomiche durante la gravidanza. Queste indagini sono fortemente raccomandate, in particolar modo, nel caso di oligoastenoteratozoospermia grave del partner maschile.
- 9.6** La gravidanza da donazione di ovociti presenta un aumentato rischio di complicanze ostetriche (ipertensione, gestosi) correlate in parte all'età materna della ricevente, ma anche alla procedura stessa. Per questi motivi la presenza o la comparsa di qualunque condizione che aumenti il rischio ostetrico (es obesità, ipertensione, diabete latente etc.) può essere causa di sospensione del programma.
- 9.7** Per quanto riguarda lo **sviluppo psico-affettivo del nuovo nato**, i dati della letteratura sembrano confermare che non sia diverso da quello dei nati da concepimento spontaneo (Hum Reprod Vol 19, n.12, 2004; dati dal Report della Organizzazione Mondiale della Sanità del 2002, pag.287).



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 7 di 8**

S.I.S.Me.R

9.8 Al di là della consulenza psicologica preliminare al trattamento, rischi psicologici come ansia e sintomi depressivi possono manifestarsi tanto nelle donne quanto negli uomini in corso di trattamento. I pazienti possono quindi fare richiesta di ulteriori consulenze psicologiche o il medico stesso può richiedere tale ulteriore consulenza qualora lo ritenga necessario.

10. Siamo inoltre stati chiaramente informati sui seguenti punti:

10.1 Possibilità di revoca del consenso da parte di ciascuno dei soggetti della coppia richiedente, fino al momento della fecondazione dell'ovulo di cui all'articolo 6, comma 3 della legge n°40/2004.

10.2 Possibile decisione del medico responsabile della struttura **di non procedere** alla procreazione medicalmente assistita di cui all'articolo 6, comma 4 della legge n° 40/2004. In tal caso il medico deve fornire motivazione scritta di tale decisione.

10.3 In questo Centro, può essere eseguita una valutazione dello stato di salute della blastocisti come da recente letteratura (Fertil Steril 2014;102(6):1692-9; Fertil Steril 2016;105(3):676-83; J Assist Reprod Genet. 2016;33(5):637-45). Quest'analisi prevede la rimozione del fluido contenuto all'interno della blastocisti, metodica routinariamente utilizzata al momento della crioconservazione della stessa. Qualora necessario, l'analisi potrà essere effettuata in collaborazione con laboratori di riferimento.

Acconsentiamo all'analisi

Non acconsentiamo all'analisi

♀ Firma ♂ Firma

10.4 Potrà essere eseguita un'analisi sui fattori eventualmente rilasciati dall'embrione nel terreno di coltura (normalmente scartato al termine della stessa) allo scopo di verificare possibili correlazioni con lo stato di salute della blastocisti come da recente letteratura (Human Reprod.Update 2020; 28:264-301)

Acconsentiamo all'analisi

Non acconsentiamo all'analisi

Firma Firma

10.5 Nell'eventualità di **cessazione di attività da parte del centro S.I.S.Me.R. di Bologna**, il nostro materiale genetico crioconservato sarà trasferito presso il centro denominato ALTAMEDICA ARTEMISIA Spa, ubicato in Roma Viale Liegi 45 EU TE Code: IT000965 – Codice nazionale 120018.

11. Costi economici dell'intera procedura. Dichiariamo di essere stati informati sui costi essendoci stati chiaramente illustrati a voce e consegnati per iscritto, sia per quanto riguarda il ciclo di trattamento, sia per quanto riguarda la crioconservazione di embrioni e le modalità legate al loro scongelamento.

Siamo stati informati che le spese di crioconservazione relative ai gameti residui presso il vostro Centro dopo un anno dall'ultimo trattamento o contatto con S.I.S.Me.R. , sono completamente a nostro carico.

♀ Firma ♂ Firma

In considerazione di quanto sopra esposto, esprimiamo consapevolmente la nostra volontà di accedere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita proposta, di averne compreso le varie fasi della metodica, i rischi e gli aspetti legali che essa comporta.



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER:
FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO IN
UTERO DI EMBRIONI OTTENUTI DA OVOCITI
DONATI**

**MD PS PMA 1-96
rev. 7
11 ottobre 2023
pagina 8 di 8**

S.I.S.Me.R

Dichiariamo 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. Siamo coscienti che la mancanza del consenso al trattamento dei dati non consente l'effettuazione della terapia.

Consci che in caso di dichiarazione mendace si applicherà la previsione di cui all'art. 76 commi 1 e 2 del T.U. della disposizione legislativa e regolamenti in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del P.d.R. n.445/2000, dichiariamo (ai sensi dell'art. 5 della legge 40/04) di essere coniugati ovvero stabilmente conviventi dal e di ricercare una gravidanza da anni.

Dichiariamo infine che ci viene consegnata in data copia firmata di questo consenso.

Sig.ra (Firma)_____ Documento d'identità_____

N°_____

Sig. (Firma)_____ Documento di identità_____

N°_____

Data_____

Firma del medico _____