

## **Consenso informato per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**

Ciclo n.

Gentili Signori,

Vi siete rivolti a questo Centro per avviare le procedure per la Procreazione Medicalmente Assistita al fine di ovviare – per quanto possibile – ad una situazione di infertilità.

I trattamenti che verranno proposti ed eseguiti Vi aiuteranno a realizzare questo scopo ma non potranno, ovviamente, garantire risultati certi.

Tutte le procedure saranno comunque effettuate nell'ambito del massimo rispetto per la salute, la dignità e la sicurezza dei soggetti coinvolti compreso il concepito e seguiranno rigorosamente gli obblighi ed i limiti imposti dalla legislazione vigente (**Legge n. 40 del 19/2/2004 e successive modifiche**).

Per questo Vi invitiamo di leggere con attenzione questi fogli, che contengono le informazioni essenziali relative alle procedure che Vi saranno proposte; successivamente un medico sarà a Vostra disposizione per chiarimenti, ulteriori spiegazioni e per rispondere ad ogni Vostra domanda.

Vi chiederemo, alla fine, di firmare un consenso che rappresenterà la conferma della Vostra intenzione, l'accettazione delle procedure e anche l'assunzione da parte Vostra degli impegni nei riguardi del concepito o dei concepiti.

Tra la Vostra manifestazione di volontà e l'applicazione della tecnica dovrà intercorrere, in base alle norme di legge, un periodo di tempo di almeno sette giorni.

**Siete a conoscenza che gli operatori di questo Centro ispirano la loro attività ai principi della morale cristiana, per cui alcune tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita quali la fecondazione in vitro o la fecondazione eterologa non potranno essere richieste né eseguite.**

**Nel Vostro caso, vengono proposte le seguenti procedure:**

IFM (Induzione Follicolare Multipla)

IFM ed IU (inseminazione intrauterina)

che prevedono le seguenti fasi:

- 1) induzione della crescita di uno o più follicoli contemporaneamente, mediante la somministrazione di farmaci alla moglie/partner;
- 2) controllo della risposta delle ovaie alla somministrazione dei suddetti farmaci tramite prelievi di sangue ed ecografie transvaginali alla moglie/partner;
- 3) consegna al Centro di un campione di liquido seminale;
- 4) introduzione del liquido seminale "capacitato" attraverso la vagina ed il canale cervicale nell'utero della moglie/partner.

**È necessario inoltre che siate a conoscenza che:**

- 1) il successo (gravidanza e buon esito del parto, salute del nato) non può essere in alcun modo garantito;
- 2) le possibilità di successo variano a seconda di alcuni fattori quali l'età della madre, la durata dell'infertilità, le caratteristiche del liquido seminale, ecc.;
- 3) è prevedibile una maggiore incidenza di aborti spontanei rispetto alle gravidanze "naturali", mentre il decorso e l'esito della gravidanza sono sostanzialmente simili;
- 4) l'induzione della crescita di più follicoli contemporaneamente comporta la possibilità di gravidanze multiple;
- 5) è anche possibile che vi sia una risposta insufficiente alla stimolazione ovarica. In questo caso il ciclo verrà sospeso;
- 6) come nelle gravidanze spontanee, è possibile che il singolo embrione si divida in utero dando origine a due gemelli monozigoti;
- 7) la tecnica è minimamente invasiva e può essere ripetuta più volte;
- 8) è eticamente improponibile oltre che espressamente vietata dalla legge la riduzione selettiva delle gravidanze plurime ottenute con le tecniche di fecondazione assistita.

**È necessario inoltre che siate consapevoli di altri possibili rischi e complicanze:**

- 1) rischio di risposta eccessiva alla terapia con aumento delle dimensioni delle ovaie sino a vari gradi di iperstimolazione, il che può comportare rigonfiamento dell'addome, alterazione di alcuni parametri emato-chimici e, nei casi più gravi, la necessità di ricovero in ospedale per la terapia medica o chirurgica del caso. Qualora durante il monitoraggio gli esami eseguiti indichino la possibilità reale che si verifichi questa complicanza, il ciclo verrà sospeso;
- 2) insorgenza di infezioni pelviche che possono richiedere l'uso di antibiotici e/o terapia chirurgica;
- 3) possibili effetti collaterali o controindicazioni della terapia farmacologica, valutati al momento della prescrizione con il medico del Centro;
- 4) il ciclo Procreazione Medicalmente Assistita potrebbe causare implicazioni psicologiche, modifiche nel tono dell'umore e nello stato ansioso difficili da gestire autonomamente, tensioni di coppia sia nella sfera relazionale che sessuale, preoccupazioni e tensioni in ambito familiare o sociale, influenza sullo sviluppo psico-affettivo del nuovo nato. Il Centro annovera fra il proprio personale uno psicologo di cui è possibile richiedere la consulenza in qualsiasi momento lo si ritenga opportuno.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Noi sottoscritti coniugi/conviventi

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

domiciliata a (abituale dimora) \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

domiciliato a (abituale dimora) \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiaro di aver preso visione del foglio di informazioni relativo alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e di aver ricevuto anche chiarimenti e chiare risposte ad ogni domanda.

Inoltre, confermiamo che:

- a. ci è stata prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento, ai sensi della Legge 4/5/1983 n.184 e successive modifiche, come alternativa alla Procreazione Medicalmente Assistita;
- b. siamo a conoscenza della possibilità di revoca del consenso da parte di ciascuno dei componenti la coppia fino al giorno dell'inseminazione e che il medico responsabile della struttura può assumere la decisione di non procedere nella terapia per motivi esclusivamente medico-sanitari;
- c. prima di firmare questo consenso abbiamo avuto un colloquio con il Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ durante il quale sono stati chiariti e soddisfatti tutti i dubbi inerenti la tecnica di Procreazione Medicalmente Assistita proposta e i problemi di bioetica connessi. Siamo stati altresì informati dei costi del trattamento.

Ciò premesso, noi sottoscritti confermiamo l'intenzione di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita ed

## ACCONSENTIAMO

alle procedure proposte secondo le modalità e le condizioni illustrate.

### Noi sottoscritti autorizziamo

l'IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria al trattamento dei dati personali, anche quelli che rientrano nel novero di "*categorie particolari di dati personali*", qualora si renda necessario per l'espletamento della metodica di cui alla presente informativa e in stretta osservanza delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679, D.Lgs. 196/2003 e delle loro ss. mm. ii. ed eventuali provvedimenti collegati, anche alla luce delle indicazioni dell'Autorità Garante).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del Medico che ha effettuato il colloquio \_\_\_\_\_

### Revoca del consenso

prima dell'inizio del trattamento

nel corso del trattamento

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_