



IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Sacro Cuore - Don Calabria
Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto - Negrar di Valpolicella (VR)

DIPARTIMENTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA QUALITÀ DI VITA DELLA DONNA

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

Direttore: Dr. Marcello Ceccaroni

CENTRO MULTIDISCIPLINARE PER LO STUDIO DELLA FERTILITÀ DI COPPIA

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 _____