

Io sottoscritta Sig. ra _____
Nata a _____ prov. _____ il _____
Doc. _____ n° _____
Rilasciato da _____ il _____
Residente in _____ C.A.P. _____
Via _____
Tel. _____

chiedo al Centro di PMA della Casa di Cura Privata Villa Margherita – Viale di Villa Massimo 48, Roma, di crioconservare i miei ovociti per un intervento di Procreazione Medicalmente Assistita.

Illustrazione della tecnica specifica proposta, in ogni fase della sua applicazione:

1. **stimolazione ovarica:** il trattamento potrebbe richiedere l'utilizzazione di farmaci mirati ad ottenere una crescita follicolare multipla;
2. **monitoraggio ecografico e/o ormonale:** La crescita follicolare verrà controllata mediante prelievi di sangue per il dosaggio di ormoni prodotti dai follicoli ovarici ed indagini ecografiche seriate;
3. **prelievo ovocitario:** avviene per via vaginale sotto controllo ecoguidato in anestesia locale o generale (sedazione profonda);

Possibili **effetti collaterali** sanitari conseguenti all'applicazione della tecnica:

Nelle pazienti affette da endometriosi non si può escludere che ripetute stimolazioni farmacologiche delle ovaie mediante gonadotropine possano determinare una recrudescenza della stessa.

Non esiste a tuttora, dopo oltre 40 anni dell'uso routinario dei farmaci utilizzati per l'induzione dell'ovulazione, l'evidenza che questi possano aumentare il rischio di tumori all'ovaio e alla mammella (Fertil.Steril. vol 83 n2, 2005).

Possibili **rischi per la donna** derivanti dalla tecnica:

1. *l'uso dei farmaci per la stimolazione ovarica espone ad un rischio di insorgenza **della sindrome di iperstimolazione ovarica severa (OHSS)** che può richiedere l'ospedalizzazione urgente. Tale sindrome comporta alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico ed emocoagulativo e si associa ad un abnorme aumento del volume delle ovaie, versamento ascetico, pleurico, possibile comparsa di fenomeni tromboembolici e varie altre complicazioni. La letteratura riporta incidenze variabili dallo 0,4% all'1,9% (Humadin P et al. Fertil. Steril. Jul 2010- Rel. Ministero della Salute 2013. Qualora il rischio di sviluppare tale condizione sia elevato i medici del centro potranno decidere di: -sospendere il ciclo -crioconservare gli ovociti – o, nei casi di insorgenza post-fertilizzazione, di non effettuare il trasferimento degli embrioni e di procedere alla crioconservazione degli stessi ed al loro trasferimento differito non appena le condizioni di salute lo permettano, come previsto (Art. 14 comma 3). Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione e' consentita, la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile*
2. *se il prelievo degli ovociti viene eseguito in anestesia, implicando i rischi generici della procedura anestesologica adottata, mentre le **complicanze derivanti dal prelievo ecoguidato** di ovociti sono percentualmente molto basse e comprendono infezioni pelviche (0,02%), complicanze di tipo emorragico sanguinamento addominale (0,28%- 0,4% Rel. Ministero della Salute PMA 2013), perforazione dei vasi iliaci (0,04%) che possono richiedere un ricovero ospedaliero urgente con eventuale intervento chirurgico laparoscopico o lararotomico (J. Assisted Reprod Genet 1993 Jan; 10(1): 72-7);*
3. *per quanto non esistano casi riportati in letteratura, non è esclusa la possibilità di **complicanze infettive** derivanti dal trasferimento intrauterino di embrioni.*
4. *Esiste inoltre la possibilità che tale prelievo esiti in un **mancato recupero di ovociti**.*

Grado di invasività della tecnica per le varie fasi, nei confronti della donna:

1. *L' invasività della tecnica è modesta e riguarda sostanzialmente l'intervento di prelievo di ovociti sulla partner femminile. Si tratta di un intervento per via transvaginale ed ecoguidata eseguito in regime di chirurgia ambulatoriale o di day-surgery in anestesia locale o generale.*

Sono stata informata che il tipo di procedura utilizzata è quella della vitrificazione e che la qualità e la sopravvivenza degli ovociti sarà valutabile solo al momento dello scongelamento.

Ho inoltre preso visione che il costo di un ciclo per la preservazione della fertilità è di Euro 3.700,00 comprendente il costo del congelamento ovocitario e della conservazione per un periodo di due anni dalla data del congelamento, (successivamente Euro 250,00 ogni 2 anni per il mantenimento del suddetto materiale).

L'efficacia della presente richiesta di conservazione degli ovociti avrà validità fino alla decorrenza di due anni dalla data di sottoscrizione di cui in calce. Entro la scadenza del suddetto termine biennale mi impegno a fornirVi mie disposizioni per iscritto in merito alla proroga o all'interruzione della conservazione, fermo restando comunque, ed essendo sin d'ora beninteso, che in assenza di Vostro ricevimento della menzionata mia successiva comunicazione scritta, il Vostro Centro avrà facoltà di provvedere a dare corso all'opzione da me indicata mediante croceseqno. Quanto sopra disposto nella medesima clausola è fin d'ora a valersi, naturalmente, anche in caso di mia irrintracciabilità.

In caso di mia morte, nel caso in cui risultassi irrintracciabile (a questo proposito mi impegno a comunicarvi eventuali mie variazioni di recapito) o nel caso non avessi provveduto al saldo della quota di mantenimento dovuta, è mia volontà che il vostro centro dia corso a quanto indicato tra le due opzioni di seguito indicate:

- o utilizzi gli ovociti a scopo di ricerca che non comportino la fecondazione
- o lasciare estinguere gli ovociti

Confermo di esonerare il Vostro Centro nonché i medici e il personale tecnico in genere che per Vostro conto avranno ad operare da qualsiasi responsabilità, salvo l'esecuzione secondo idonea e professionale diligenza delle prestazioni afferenti il prelievo e la custodia degli ovociti. Ciò fermo, nell'ipotesi che gli ovociti venissero sottratti da terzi ovvero subissero distruzioni o avarie per fatti imputabili a vostra colpa, convengo che la vostra eventuale responsabilità risarcitoria venga limitata nella misura pecuniaria di Euro 500,00 (cinquecento).

Viene conferito al centro l'incarico di custodire e mantenere presso di sé o presso una parte terza autorizzata a tal fine dal Ministero della Salute di cui eventualmente il centro potrebbe avvalersi ai sensi del ART 21 e 24, decreto legislativo 191/2007 il materiale crioconservato e tutta la documentazione sanitaria relativa.

Mi impegno a comunicare tempestivamente qualsiasi cambio di residenza e di recapiti telefonici mediante raccomandata con ricevuta di ritorno A/R all'indirizzo *Casa di cura Villa Margherita – PMA- via di villa Massimo 48, 00161 Roma (RM)* oppure mediante mail PEC all'indirizzo di posta elettronica certificata pmavillamargherita@pec.it.

Dichiaro altresì di aver ricevuto informazioni verbali e scritte relative alla procedura proposta e di averne compreso termini e modalità. Sulla base di quanto sopra formulo il mio consenso alla effettuazione della procedura illustrata ed indicata.

Allego fotocopia del documento di identità e degli esami infettivi richiesti.

Letto confermato e sottoscritto,

Roma _____

Firma _____

Il Responsabile del Trattamento

Il Responsabile del Centro
