	PMA CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	MOD02_MGQprasT001_ORG	Pag. 4 di 4
			Rev 01
			Del 16/3/17

Modificato ai sensi della legge n. 40 del 19 febbraio 2004

Io sottoscritta _____

nata a _____ il _____

Documento di Riconoscimento n° _____

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Documento di Riconoscimento n° _____

richiediamo di sottoporci al programma di procreazione medica assistita per trovare attraverso questa terapia una possibile soluzione alla nostra infertilità/sterilità di coppia, dopo aver compiuto un iter diagnostico al fine di identificare le cause e le possibili alternative terapeutiche alla procreazione assistita nella finalità di una progressione delle cure.

Il programma terapeutico previsto e':

Inseminazione Intra-Uterina _____


Siamo a conoscenza che tale metodica comprende varie fasi:

•
• **“A”**

1. **L'induzione della crescita di più follicoli ovarici** mediante l'assunzione giornaliera di farmaci aventi lo scopo di indurre lo sviluppo di un numero di FOLLICOLI maggiore di uno, non superiore a tre. La risposta alla terapia verrà controllata mediante **prelievi di sangue ed indagini ecografiche** seriate.
2. La preparazione del liquido seminale mediante tecniche atte a favorire la capacità fecondante degli spermatozoi.

“B”

- **Siamo a conoscenza che questa metodica non è esente da possibili, sebbene rare complicanze:**
 - Aumento delle dimensioni delle ovaie fino a vari gradi di **iperstimolazione ovarica** che può comportare il rigonfiamento dell'addome, alterazione di alcuni parametri emato-chimici con necessità, nei casi più gravi, di ricovero in ospedale (<2 % nella casistica Nazionale).
 - **Insorgenza di infezioni utero ovariche** (< 0,1% nella casistica Nazionale)
 - Possibilità che la gravidanza si impianti in sede anomala (**gravidanze extrauterine**) con una frequenza stimabile sino al 2% (nella casistica Nazionale).

	PMA CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	MOD02_MGQprasT001_ORG	Pag. 4 di 4
			Rev 01
			Del 16/3/17

• “C”

Siamo a conoscenza dei seguenti problemi:

Non è possibile garantire l'esito positivo del trattamento. Le percentuali di successo dei differenti trattamenti sono legate all'età della coppia, alla patologia, etc. e possono variare notevolmente da coppia a coppia e da ciclo a ciclo.

Nell'eventualità che vengano riscontrate formazioni cistiche ovariche al momento del primo controllo o nei controlli successivi i medici del centro decideranno se potrà essere utile la loro aspirazione oppure se sarà necessaria la sospensione del trattamento e la successiva rivalutazione del quadro clinico.

Qualora la risposta alla stimolazione ovarica dovesse essere ritenuta, da parte dei medici del Centro, in qualche modo inadeguata, **il ciclo potrà essere sospeso in ogni momento.**

Esiste una aumentata incidenza di gravidanze plurime (sino ad un 30% in rapporto all'età materna) e questa probabilità è in diretto rapporto al numero di follicoli selezionati in corso di terapia

In caso di **risposta eccessiva** alla terapia il medico potrà interrompere il trattamento in qualunque momento ed è necessario avere rapporti protetti o astenersi dagli stessi sino all'arrivo della mestruazione successiva: siamo a conoscenza della eventualità di gravidanza plurima nel caso in cui abbiamo Rapporti Completi senza uso di Contraccezione come consigliatoci dai medici.

“D”

Dichiaro

di essere stato informato della possibilità di avere una consulenza Psicologica e Genetica ed

ho deciso di:

Accettare **non Accettare** la consulenza Psicologica


Accettare **non Accettare** la consulenza Genetica

Data

Firma della paziente

Firma del Partner

Il Medico

	PMA CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	MOD02_MGQprasT001_ORG	Pag. 4 di 4
			Rev 01
			Del 16/3/17

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI FECONDAZIONE ASSISTITA
PER PAZIENTI CON PATOLOGIE SPECIFICHE IN CORSO O POTENZIALI**

(consenso da compilare con l'aiuto dei medici)

Con la presente si dichiara che la Partner femminile:

non è immune verso:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> il virus della rosolia | <input type="checkbox"/> il citomegalovirus |
| <input type="checkbox"/> il protozoo della toxoplasmosi | <input type="checkbox"/> _____ |

Con la presente si dichiara che il partner maschile / la partner femminile è

portatore/portatrice di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> virus Epatite B(DNA negativo) | <input type="checkbox"/> virus Epatite C (RNA negativo) |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

I medici hanno chiaramente spiegato loro il rischio che l'assenza della immunità comporta, se la malattia viene contratta durante la gravidanza e/o il rischio di possibile trasmissione dell'infezione al nascituro.

Dichiarano di sapere di essere entrambi **portatori eterozigoti:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> per il gene β -talassemico (microcitemico) | <input type="checkbox"/> per la fibrosi cistica |
| <input type="checkbox"/> per il favismo | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> per altra anomalia genetica _____ | |
| <input type="checkbox"/> altra condizione di rischio _____ | |

I medici della UO hanno chiaramente spiegato loro i rischi connessi alla/e patologia/e in questione.

I sottoscritti dichiarano infine che, pur a conoscenza di quanto comunicato dal risultato delle analisi eseguite, hanno comunque deciso di effettuare il tentativo di Fecondazione Assistita.


Dichiaro di non aver eseguito di mia spontanea volontà i seguenti esami come consigliato dai sanitari:

Gli accertamenti non hanno evidenziato una condizione di aumentato rischio specifico per le patologie oggetto dello screening .

Data

Firma della paziente

Firma del partner

	PMA CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	MOD02_MGQprasT001_ORG	Pag. 4 di 4
			Rev 01
			Del 16/3/17

Diamo atto di aver sostenuto un colloquio preliminare dalle ore alle ore del giorno, durante il quale i sanitari hanno soddisfatto le nostre domande e chiarito i dubbi riguardo alla procedura che stiamo per affrontare, inclusa la percentuale di successo, ed abbiamo compreso le indicazioni della tecnica prevista nel nostro caso specifico. Ci è stato inoltre consegnato in data _____ un modulo esplicativo sulle procedure a cui verremo sottoposti comprensivo dei costi a nostro carico che abbiamo letto e compreso in ogni sua parte

- **Abbiamo inoltre ottenuto informazioni adeguate** sulle alternative al trattamento e sull'opzione di procedere ad una domanda di adozione.
- **Siamo consapevoli dei rischi** anche psicologici correlati ad intraprendere un programma di procreazione assistita.
- **Sappiamo inoltre che durante il trattamento l'équipe sarà disponibile a rispondere alle nostre domande e a prendere in considerazione i nostri problemi.**
- **Siamo informati di poterci ritirare** da questo programma in ogni momento e per qualsiasi ragione.
- **Desideriamo ed acconsentiamo quindi a partecipare a questo programma terapeutico di procreazione assistita di I LIVELLO (Inseminazione Intra Uterina).**
- **Noi sottoscritti dichiariamo altresì di essere nella piena capacità giuridica di riconoscere il nascituro quale figlio legittimo o naturale.**
- **Dichiariamo inoltre, consci delle conseguenze legali di una dichiarazione mendace, di essere una coppia di sesso diverso, maggiorenni, di essere coniugati e/o conviventi ed entrambi viventi al momento di iniziare il procedimento terapeutico (articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445).**
- **Ci impegniamo in modo irrevocabile al riconoscimento congiunto del nascituro in sede di consenso prima della procedura ed a rinunciare ad ogni possibile futuro disconoscimento di paternità \ maternità.**

Abbiamo preso visione, compreso, accettato ed espresso la nostra scelta consapevole per tutte le clausole espresse nel presente consenso composto di pagine 4.


- **consenso alla procedura**
- **consenso al trattamento per pazienti con patologie specifiche in corso o potenziali**
- **consenso all'utilizzo dei dati personali**

Data

Firma della paziente

Firma del Partner

NB: tra la firma del consenso e la procedura devono trascorrere almeno 7 giorni (legge n.40 art.6 comma 3).

 <p>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord</p>	<p align="center">PMA CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA</p>	<p>MOD02_MGQprasT001_ORG</p>	Pag. 4 di 4
			Rev 01
			Del 16/3/17

Il Medico