

	<b>PMA</b> CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	<b>MOD02_MGQprasT001_ORG</b>	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).

	<b>PMA</b> CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	<b>MOD02_MGQprasT001_ORG</b>	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** .....

	<b>PMA</b> CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	<b>MOD02_MGQprasT001_ORG</b>	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 $\beta$ -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** .....

 <small>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord</small>	<b>PMA</b> CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	<b>MOD02_MGQprasT001_ORG</b>	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).

 <small>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord</small>	<b>PMA</b> CONSENSO INFORMATO PER INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	<b>MOD02_MGQprasT001_ORG</b>	Pag. 4 di 4
			Rev 01
			Del 16/3/17

**Il Medico** .....