

CONSENSO AL PROGRAMMA DI CRIOCONSERVAZIONE DEI GAMETI MASCHILI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
per la quale, sulla base di accertamenti eseguiti, colloqui informativi e consulenze in carico allo specialista medico del Fertility Center: _____, è stata posta indicazione al prelievo e crioconservazione dei gameti maschili (spermatozoi) per _____.

SONO A CONOSCENZA CHE:

1. il Programma di prelievo e crioconservazione degli spermatozoi per uso autologo è indicato per la preservazione della fertilità nelle seguenti condizioni:
 - previsione di terapie gonodotossiche o lesive per l'apparato riproduttivo (es. vasectomia)
 - attività lavorative pericolose
 - male to female transgender
 - trauma testicolare.
- È, inoltre, indicato per i trattamenti dell'infertilità maschile in caso di:
 - oligozoospermia severa e permanente (es. sindrome di Klinefelter, lesioni midollari, eiaculazione retrograda) o transitoria (es. varicocele, trattamenti per ipogonadismo)
 - impossibilità di effettuare la raccolta del seme il giorno della procedura di fecondazione assistita;
2. la raccolta del campione seminale deve avvenire dopo un periodo di benessere fisico di almeno 60 giorni, in quanto infezioni virali o di altra natura, come pure episodi febbrili e l'assunzione di antibiotici possono modificare la qualità del liquido seminale;
3. per la raccolta deve essere osservata un'astinenza sessuale non inferiore a 3 giorni e non superiore a 6 giorni; ciò equivale a dire che l'ultima eiaculazione, comunque avvenuta, dovrà risalire a 4-5 giorni prima del prelievo;
4. il giorno del prelievo il campione seminale andrà raccolto per intero nell'apposito contenitore;
5. in caso di spermatozoi testicolari il prelievo è chirurgico e prevede un ricovero in regime di ricovero diurno con acquisizione del relativo consenso all'intervento.

DICHIARO di essere stato esaurientemente informato riguardo al Programma di crioconservazione dei gameti maschili che:

1. **Rappresenta:**

- una potenziale soluzione futura alla probabilità di risultare infertile/sterile come esito di patologie o terapie;
- una possibilità per procrastinare le scelte riproduttive dell'uomo.

2. **Prevede:**

- L'attivazione del Programma su richiesta dell'uomo come espressione di una sua libera scelta
- La mancata attivazione del Programma qualora in sede di analisi del materiale da crioconservare lo stesso sia valutato dai medici del Fertility Center non utilizzabile ai fini della fecondazione assistita.
- La possibilità di trasferimento dei gameti crioconservati ad altro Centro su richiesta del sottoscrittore il presente consenso, che si farà carico delle procedure previste e del costo del trasferimento stesso, secondo quanto previsto dalla normativa. Il costo per la procedura di trasferimento per il primo anno è di € 500,00 da corrispondere prima della data del trasporto tramite bonifico bancario intestato a:

UNICREDIT SPA Fil. Op. Multinational Nord
IBAN IT92P0200809440000004205323
BIC/SWIFT UNCRITMMMCN
Causale: "NOME COGNOME TRASFGAM"

Inviando copia dell'avvenuto bonifico all'indirizzo e-mail:

laboratorio.patologia_riproduttiva@humanitas.it

- Un contributo economico alle spese di stoccaggio di € 200,00 della durata di 12 mesi dalla data di crioconservazione, rinnovabile su richiesta dell'uomo attraverso il pagamento annuale del contributo di deposito, che può essere effettuato direttamente presso il Parc del Fertility Center o tramite bonifico bancario sul c.c. di HUMANITAS MIRASOLE S.p.A. utilizzando i riferimenti di seguito riportati:

UNICREDIT SPA Fil. Op. Multinational Nord
IBAN IT92P0200809440000004205323

BIC/SWIFT UNCRITMMMCN

Causale: "NOME COGNOME DPTGAMAN"

- L'invio all'uomo, in prossimità della data di scadenza, di una comunicazione da parte dell'Istituto Clinico Humanitas recante le istruzioni per prolungare il deposito, che prevede il pagamento del relativo corrispettivo. L'eventuale rinnovo di deposito, a decorrere dal sesto anno dalla data dell'attivazione del programma di crioconservazione, sarà subordinato ad un consulto con il sottoscrittore, che potrà svolgersi anche in modalità di visita in telemedicina
- La possibilità da parte dell'uomo di richiedere l'eliminazione del materiale crioconservato prima della scadenza della durata di deposito, inviando un'e-mail all'indirizzo di posta elettronica a: rinnovo.crioconservazione@humanitas.it
- L'obbligo da parte del sottoscrittore di comunicare prontamente eventuali cambiamenti dei recapiti di contatto (telefono/e-mail) e indirizzo di residenza forniti all'Istituto Clinico Humanitas. Il mancato ottemperamento di tale impegno potrebbe rendere il sottoscrittore non raggiungibile, anche temporaneamente, da parte di comunicazioni inviate dall'Istituto
- Lo smaltimento degli gameti crioconservati, in mancanza della richiesta di rinnovo del deposito e pagamento del relativo contributo economico al Fertility Center, decorsi 90 gg. dalla scadenza
- In caso di decesso del sottoscrittore successivo all'attivazione del Programma e salvo diverse indicazioni normative o differente espressione di volontà, di seguito raccolta, la distruzione dei gameti crioconservati.

3. Non prevede:

- La crioconservazione dei gameti a tempo indefinito, che non può e non potrà essere garantita, salvo condizioni specifiche che dovranno essere singolarmente sottoscritte. Il Fertility Center potrà decidere in ogni momento di consegnare i gameti crioconservati al sottoscrittore, che dovrà provvedere a sostenere i costi del loro trasferimento e stoccaggio presso altro Istituto dei Tessuti, secondo la normativa vigente, o richiederne la distruzione o la donazione a fine di studio e ricerca, o, ove esistano specifiche condizioni, la donazione a fini riproduttivi
 - Alcun indennizzo nel caso in cui, per qualsiasi motivo e/o nonostante le cure del Fertility Center, si verificasse il deterioramento o la perdita del materiale depositato.
4. Permette l'assegnazione alla partner superstite dei gameti crioconservati, in caso di decesso dell'uomo successivo all'attivazione del Programma, laddove quest'ultimo ne abbia manifestato espressa volontà in vita nel presente Consenso.

DICHIARO, inoltre, di aver compreso in merito a:

- aspetti clinici ed etici connessi al Programma di crioconservazione dei gameti e di aver ricevuto dal Fertility Center idonea attività di consulenza e supporto
- mancata attivazione del Programma di crioconservazione dei gameti, qualora in sede di analisi del materiale da crioconservare lo stesso sia valutato non utilizzabile ai fini della fecondazione assistita. La mancata attivazione del programma di crioconservazione e le motivazioni cliniche saranno condivise con il sottoscrittore il presente consenso
- modalità di richiesta di crioconservazione, ritiro e trasferimento dei gameti, come dettagliate nel presente Consenso, quali scelte strettamente personali, che possono essere effettuate solo dal sottoscrittore
- modifiche delle caratteristiche dei gameti, a seguito del processo di congelamento, strettamente dipendenti dalla qualità degli stessi prima della crioconservazione
- impossibilità del Fertility Center di garantire che le caratteristiche dei gameti al momento dello scongelamento siano tali da consentirne l'utilizzo per una qualsiasi pratica di fecondazione assistita
- subordinazione del processo di crioconservazione e di deposito del materiale crioconservato al versamento di un corrispettivo annuo da pagarsi contestualmente all'accettazione del Programma
- possibilità e modalità di rinnovo del deposito, su richiesta del sottoscrittore
- modalità per avere informazioni riguardanti il deposito e possibilità di richiedere l'eliminazione del materiale crioconservato prima della scadenza del deposito
- necessità di comunicare prontamente eventuali cambiamenti dei recapiti di contatto (telefono/email) e/o indirizzo di residenza forniti all'Istituto Clinico Humanitas, consapevole della circostanza che il mancato ottemperamento di tale impegno potrebbe rendermi non raggiungibile, anche temporaneamente, da parte di comunicazioni da parte dell'Istituto stesso
- mancata assunzione di responsabilità da parte dell'Istituto Clinico Humanitas degli effetti che potranno determinarsi in caso di irreperibilità, anche temporanea, del sottoscrittore anche nelle ipotesi di cessazione del deposito (ad esempio, per mancato rinnovo) e conseguente eliminazione del materiale crioconservato.

E DI ACCETTARE CHE:

- in assenza di richiesta di rinnovo del deposito, decorsi ulteriori 90 giorni dalla data di scadenza dello stesso, l'Istituto Clinico Humanitas sarà autorizzato alla definitiva eliminazione dei gameti maschili crioconservati
- i gameti crioconservati a mio nome presso l'Istituto Clinico Humanitas siano eliminati in caso di mio decesso, salvo diversa espressione di volontà in tal senso, come di seguito riportato nel presente consenso
- non avrò diritto ad alcun indennizzo o risarcimento nell'ipotesi in cui, per qualsiasi motivo, ed eventualmente anche a seguito dello scongelamento, dovesse verificarsi un deterioramento del materiale crioconservato.

PERTANTO, **ACCONSENTO** AL PROGRAMMA DI CRIOCONSERVAZIONE OMOLOGA DEI GAMETI MASCHILI.

Qualora decidessi di non procrastinare per mia libera scelta o non fossi reperibile e/o decidessi di non proseguire nel pagamento del contributo alla crioconservazione dei gameti maschili desidero che gli stessi siano:

- a) Distrutti
- b) Utilizzati solo a fini di studio e ricerca
- c) **Utilizzati anche a scopo di donazione ad una coppia infertile** secondo i limiti e le norme previste per la donazione a fini procreativi, ove sussistano le condizioni previste dalla legge secondo un consenso specifico da me liberamente espresso

Si ricorda che laddove la scelta alla donazione a favore di coppia infertile non rientrasse tra i criteri previsti da normativa i gameti maschili potranno essere utilizzati a scopo di studio e ricerca.

DICHIARO ALTRESÌ, IN CASO DI MIO DECESSO DI:

SI **Assegnare** i gameti maschili alla partner superstite

NO **NON assegnare** i gameti maschili alla mia partner (distruzione dei gameti maschili)

Rozzano, li

Firma del paziente

Eventuale interprete
(copia documento d'identità)

Firma del medico/biologo del Fertility Center

.....

Lo specialista Ostetrico-Ginecologo del Fertility Center

.....

Il Direttore del Fertility Center o suo delegato
Prof. Paolo Emanuele Levi-Setti o suo delegato

Il presente documento di consenso informato, in conformità al DM 265/2016, è stato personalmente redatto dal Direttore del Fertility Center e approvato dalla Direzione dell'Istituto Clinico Humanitas.

Una volta sottoscritto dai richiedenti e dal medico che gestisce il colloquio, il presente documento è sottoposto, insieme alla documentazione clinica, al vaglio del Direttore del Fertility Center. Quest'ultimo, nell'esercizio della sua responsabilità in vigilando, verifica la sussistenza dei necessari presupposti e sottoscrive a sua volta il documento. Copia del documento firmato è messa a disposizione dei richiedenti in occasione della visita successiva o dell'inizio della terapia presso l'Istituto Clinico Humanitas.

Si ricorda che il Direttore del Fertility Center ha la facoltà di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, rendendo in tal caso ai richiedenti motivazione scritta di tale decisione.