

INFORMAZIONI RELATIVE AI TRATTAMENTI

SCONGELAMENTO EMBRIONI

Casa di Cura privata Villa Serena del Dr. L. Petruzzi Srl
Viale L. Petruzzi, 42
65013 Città S. Angelo PE

Tecnobios Procreazione Srl
Via Dante, 15
40125 Bologna BO
Rev. 3 Data di appl. 28/09/2018

Al momento di inizio della terapia devono essere già stati eseguiti e controllati tutti gli esami di routine elencati nelle pagine successive.

La preghiamo gentilmente di tenere a disposizione il foglio delle istruzioni durante le eventuali telefonate.

ESAMI RICHIESTI PER EFFETTUARE I TRATTAMENTI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Per disposizione della Legge n° 40/2004 Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita e del D. Lgs. n° 16/2010, le coppie che accedono ai programmi di concepimento assistito devono eseguire gli esami di seguito elencati. Gli esami devono essere consegnati ai medici del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita all'inizio del trattamento. Invitiamo i signori pazienti a prestare la massima attenzione al periodo di validità degli esami in quanto, in presenza di esami scaduti, il trattamento non sarà eseguito.

PER IL PARTNER MASCHILE

- a) Antigene Australia Virus Epatite B (HBsAg) *(validità 6 mesi)*
- b) Anticorpi Anti Virus Epatite C (HCV) *(validità 6 mesi)*
- c) VDRL *(validità 6 mesi)*
- d) Anticorpi Anti – Hiv 1 / 2 *(validità 6 mesi)*

PER LA PARTNER FEMMINILE

- a) Antigene Australia Virus Epatite B (HBsAg) *(validità 6 mesi)*
- b) Anticorpi Anti Virus Epatite C (HCV) *(validità 6 mesi)*
- c) VDRL *(validità 6 mesi)*
- d) Anticorpi Anti – Hiv 1 / 2 *(validità 6 mesi)*
- e) Ricerca anticorpi anti virus rosolia *(validità 6 mesi)*
- f) Ricerca anticorpi anti toxoplasma *(validità 6 mesi)*
- g) Test di Coombs indiretto *(validità 6 mesi)*
- h) Pap test *(validità 2 anni)*
- i) Mammografia o ecografia mammaria *(validità 1 anno)*
- j) PT, PTT, Emocromo con formula, Antitrombina III, Test di resistenza alla proteina C attivata *(validità 6 mesi)*

Gli esami sopra elencati possono essere eseguiti nella città di residenza, presso laboratori accreditati, e dovranno essere controllati prima dell'inizio della terapia o dal proprio medico curante o dai medici del Centro secondo modalità accordate durante il colloquio preliminare. **Si prega di inoltrare gli esami e i moduli del consenso informato esclusivamente all'indirizzo e-mail esami@9puntobaby.it o in alternativa via fax al numero 0512867512 indicando sempre il medico di riferimento e la sede di effettuazione del trattamento.**

NOTA PER I SIGNORI PAZIENTI

Si pregano i signori pazienti che desiderano il certificato medico di farne richiesta in accettazione ad inizio trattamento. Verrà rilasciato un certificato con l'indicazione dei giorni di effettiva presenza presso il Centro. In caso di copertura assicurativa o di altro genere di rimborso, i signori pazienti sono pregati di volere cortesemente informare l'accettazione entro e non oltre 7 giorni prima dell'inizio del trattamento. Al fine di evitare disguidi e fraintendimenti, preghiamo i signori pazienti di prendere attenta visione della parte del consenso relativa al trattamento economico e di contattare telefonicamente il nostro centralino nel caso si rendessero necessari ulteriori chiarimenti.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER TRANSFER DEGLI EMBRIONI SCONGELATI

AI SENSI DELLA LEGGE 19 FEBBRAIO 2004, N° 40

Noi sottoscritti

sig. _____ nato il _____ a _____ (____)

sig.ra _____ nata il _____ a _____ (____)

avendo intenzione di sottoporci ad una procedura di scongelamento e trasferimento degli embrioni, ad integrazione del consenso informato precedentemente sottoscritto in questa o in altra sede, dichiariamo di avere concordato col Dott. _____ che il numero di embrioni da trasferire sia _____:

1. illustrazione della tecnica specifica proposta e relative fasi operative, con particolare riguardo alla sua invasività nei confronti della donna e dell'uomo, ai sensi dell'articolo 6, della legge 19 febbraio 2004, n. 40:

il trasferimento intrauterino degli embrioni viene effettuato entro 2-5 giorni dall'inseminazione degli ovociti. La procedura prevede l'applicazione di uno speculum e l'inserimento di un sottile catetere all'interno della cavità uterina dove gli embrioni verranno rilasciati.

Invasività della tecnica

Il transfer di embrioni è effettuato in regime ambulatoriale, non richiede degenza nè anestesia e presenta un grado di invasività molto bassa.

2. le probabilità di successo della tecnica espresse come possibilità di nascita di un bambino vivo:

Diamo atto di aver esaminato le percentuali di esito positivo riportate e di essere stati informati sulle effettive probabilità di successo alla luce delle limitazioni introdotte dai commi 1 e 2 dell'art. 14 della Legge n° 40/2004.

Conveniamo che l'esito dell'eventuale positivo concepimento rimane estraneo dalla Vostra sfera di competenze e responsabilità, sicché resterà nella nostra libera e personale determinazione ogni decisione sulla gravidanza, quindi in particolare la scelta di ricorrere alla diagnosi prenatale (amniocentesi, villocentesi, salvo altre) per escludere eventuali malformazioni fetali, anomalie cromosomiche ed in genere malattie genetiche del nascituro, ovvero la scelta di accettare la possibilità di queste evenienze.

Trasferimento di embrioni congelati (ANNI 2009 – 2016)

ETA' FEMMINILE	<=34	35-38	39-40	>=41	TOT
N° TRANSFERS	1.877	1.708	756	692	5.033
N° GRAVIDANZE	408	314	133	55	910
% PER TRANSFER	21.7%	18.4%	17.6%	7.9%	18.1%
N° SINGOLE (%)	355 (87,0%)	279 (88,9%)	121 (91,0%)	49 (89,1%)	804 (88,4%)
N° GEMELLARI (%)	49 (12,0%)	33 (10,5%)	12 (9,0%)	6 (10,9%)	100 (11,0%)
N° TRIGEMINE (%)	3 (0,7%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (0,5%)
N° ABORTI (%)	103 (25,2%)	84 (26,8%)	43 (32,3%)	22 (40,0%)	252 (27,7%)
% NATI PER CICLO INIZIATO	16,2%	13,2%	13,3%	1,3%	6,5%

3. gli effetti indesiderati o collaterali relativi al trattamento:

Nella casistica Tecnobios Procreazione nel periodo 2009 - 2016 l'incidenza di gravidanza gemellare con tecniche di fecondazione in vitro è stata del 20,8% e di gravidanza trigemina del 1,9 %; tali percentuali dipendono tuttavia dal numero di embrioni trasferiti e dall'età della paziente. Conveniamo comunque che si tratta di evenienza estranea alla Vostra sfera di competenze e responsabilità e che resterà nella nostra libera e personale determinazione ogni decisione relativa al proseguimento o meno della gravidanza.

4. i rischi per la madre, accertati o possibili, quali evidenziabili dalla letteratura scientifica:

Gravidanze extrauterine

La percentuale di gravidanze extrauterine riportata in letteratura è dell'1.9% - 2.1% (Obstet Gynecol 2006, Mar. - Rel. Ministero della salute sulla PMA 2014); nella casistica Tecnobios Procreazione la percentuale è dello 0.6%. Tale patologia richiede quasi sempre l'asportazione della salpinge.

Complicanze al trasferimento intrauterino di embrioni

Per quanto non esistano casi riportati in letteratura, non è esclusa la possibilità di complicanze infettive derivanti dal trasferimento intrauterino di embrioni.

5. i costi economici totali derivanti dalla procedura:

- il costo della procedura standard è di Euro 600,00, da corrispondersi anticipatamente in unica soluzione prima di procedere allo scongelamento;
- in caso di sospensione del trattamento per lisi degli embrioni durante la fase di scongelamento, nulla sarà da noi dovuto;
- nel caso si renda necessario prolungare la coltura degli embrioni fino allo stadio di blastocisti sarà da noi dovuto un importo aggiuntivo di Euro 500,00;
- qualora il trattamento dovesse concludersi senza ottenere alcuna gravidanza resterà fermo il Vostro diritto ai compensi sopra indicati che ci impegnamo in via solidale a corrispondervi.

Data _____

Firma del Signore _____

Firma della Signora _____

Nel confermare le firme e la provenienza da noi del presente documento che Vi abbiamo trasmesso via fax/a mezzo posta confermiamo altresì che dalla data del documento fino ad oggi le nostre volontà sono rimaste costantemente ferme nel senso dichiarato.

Data _____

Firma del Signore _____

Firma della Signora _____

Il Medico _____