

**CONSENSO INFORMATO AL CONGELAMENTO DEGLI OVOCITI SOVRANNUMERARI**

Io sottoscritta

sig.ra \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

ad integrazione del consenso informato alla procedura di Procreazione Medicalmente Assistita alla quale ho deciso di sottopormi, nel caso in cui a seguito del trattamento si ottengano ovociti sovrannumerari (in esubero rispetto a quelli utilizzati nel trattamento), esprimo sin d'ora la volontà che da parte Vostra si proceda al loro congelamento, al fine di poterli utilizzare in futuro per ulteriori tentativi di gravidanza.

Nell'esprimere tale volontà dichiaro di essere stata chiaramente ed esaurientemente informata sui seguenti aspetti sui quali convengo:

La metodica di fecondazione degli ovociti oggetto di congelamento una volta scongelati è la microiniezione (metodo ICSI), indipendentemente dalla qualità del campione seminale.

La percentuale di sopravvivenza degli ovociti dopo scongelamento riportata in letteratura varia dal 55% al 81% (Borini et al. Fertil Steril 2010, Oct – Smith GD et al. Fertil Steril 2010, Nov, Relazione Ministero della Salute 2013).

Il congelamento di ovociti è una tecnica tuttora in fase di sperimentazione. I dati pubblicati relativi alla salute dei bambini nati sono limitati e non rilevano, al momento, alcuna patologia. (Noyes N. et al. Reprod Biomed Online 2009, Jun – Wennerholm UB et al. 2009, Sep) . La valutazione del rischio di anomalie, malformazioni, patologie neonatali è comunque molto difficile e presenta diversi problemi che sono: l'età materna superiore rispetto alla media della popolazione, la possibile presenza di fattori genitoriali collegati alla sterilità, la valutazione di tali patologie che non è univoca e che è sicuramente più accurata e protratta nel tempo nei bambini nati da fecondazioni assistite. Considerato tutto questo, è ragionevole presumere una incidenza di anomalie cromosomiche e di malformazioni non inferiore a quella riscontrata nei bambini nati dopo ICSI.

I dati presenti in letteratura riguardanti le probabilità di successo della tecnica di scongelamento sono rari e non presentano casistiche cliniche di entità sufficiente per trarre conclusioni; i dati registrati presso i centri italiani si attestano attorno al 17.5% (Rel. Ministero della salute sulla PMA 2013).

**Scongelamento di ovociti e trasferimento degli embrioni ottenuti (ANNI 2009 – 2016)**

ETA' FEMMINILE	≤34	35-38	39-40	≥41	TOTALE
N° CICLI	362	403	151	145	1061
N° TRANSFERS	272	315	107	116	810
N° GRAVIDANZE	54	63	17	8	142
% PER CICLO	14,9%	15,6%	11,3%	5,5%	13,4%
% PER TRANSFER	19,9%	20,0%	15,9%	6,9%	17,5%
N° SINGOLE (%)	46 (85.2 %)	52 (82.5%)	15 (88.2%)	8 (100%)	121 (85.2%)
N° GEMELLARI (%)	8 (14.8%)	9 (14.3%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	19 (13.4%)
N° TRIGEMINE (%)	0 (0.0%)	2 (3.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.4%)
N° ABORTI (%)	19 (35.2%)	18 (28.6%)	3 (17.6%)	7 (87.5%)	47 (33.1%)
% NATI PER CICLO INIZIATO	9.7%	13.9%	8,6%	31,0%	14.0%

Concordo sin da ora che l'opportunità di procedere al congelamento degli ovociti sarà valutata dall'équipe medica e di laboratorio sulla base del numero degli ovociti idonei alle procedure stesse.

A fronte dell'attività di congelamento e custodia degli ovociti mi impegno a corrispondere al Vostro Centro l'importo di Euro 300,00 per la prima annualità di durata della conservazione e l'importo di Euro 100,00 per ciascuna annualità successiva.

Confermo inoltre 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma della signora \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

In caso di mia morte o nel caso in cui risultassi irrintracciabile (a questo proposito mi impegno a comunicarVi tempestivamente eventuali mie variazioni di recapito), è mia volontà che il Vostro Centro dia corso a quanto indicato in quella tra le due opzioni di seguito indicate che vengo a scegliere apponendo crocesegno nel relativo spazio:

**utilizzi gli ovociti per scopi di ricerca, ovvero possa a proprio insindacabile giudizio lasciarli estinguere**

**lasci estinguere gli ovociti**

L'efficacia della presente richiesta di conservazione degli ovociti avrà validità fino a revoca per iscritto da parte mia, fermo restando comunque, ed essendo sin d'ora beninteso, che in assenza di ricevimento di mia successiva comunicazione scritta, il Vostro Centro avrà facoltà di provvedere a dare corso all'opzione da me sopra indicata. Quanto sopra è fin d'ora a valersi anche in caso di mia irrintracciabilità.

Data \_\_\_\_\_

Firma della signora \_\_\_\_\_