



**Istituto Clinico  
Sant'Ambrogio**

Gruppo San Donato

**CENTRO PROCREAZIONE  
MEDICALMENTE ASSISTITA**  
RESPONSABILE: DOTT. GABRIELE ERSETTIGH  
RESPONSABILE LABORATORIO:  
DOTT.SSA NICOLETTA MAXIA

*Etichetta identificativa paziente*

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte  
Costituzionale**

NOI SOTTOSCRITTI:

**CODICE COPPIA:** \_\_\_\_\_

**Signora**..... **nata a** ..... **il**.....

**Sig.(partner)**..... **nato a** ..... **il**.....

**residenti a** ..... **via** .....

Accettiamo di essere sottoposti a un ciclo di procreazione medicalmente assistita di 2° livello che potrebbe prevedere l'applicazione delle seguenti tecniche:

- Fertilizzazione in vitro (FIVET)
- Microiniezione dei gameti (ICSI)
- Microiniezione dello spermatozoo morfologicamente selezionato (IMSI)
- Su ovociti freschi
- Su ovociti scongelati

Dichiariamo di avere preliminarmente effettuato uno/più colloquio/i con il Dott..... della struttura sopra indicata nel corso del/i quale/i siamo stati informati, in modo chiaro ed esaustivo, in merito ai seguenti punti:

1. la possibilità di ricorrere a strumenti offerti dalla legge 4 maggio 1983, n° 184, in tema di affidamento ed adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;
2. i requisiti oggettivi e soggettivi di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, ai sensi degli articoli 1, commi 1 e 2, 4, comma 1, e 5, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
3. le conseguenze giuridiche per l'uomo, per la donna e per il nascituro, connesse agli articoli 8, 9 e 12, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
4. le sanzioni di cui all'articolo 12, commi 2,4,5 e 6, della legge 19 febbraio 2004, n.40;

**Art. 1. (Finalità).**

1. *Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.*
2. *Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità e infertilità.*

**Art. 4. (Accesso alle tecniche).**

1. *Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.*



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

**Art. 5. (Requisiti soggettivi).**

3. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

**Art. 8. (Stato giuridico del nato):**

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6 della legge 40/2004

**Art. 9. (Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre):**

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.

2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.

3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo, in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

**Articolo 12. (Divieti generali e sanzioni):**

2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'articolo 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenne ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria di 200.000 a 400.000 euro.

3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'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

4. Chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all'articolo 6 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro

5. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 10 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 300.000 euro.

6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro.



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

**5. Problemi bioetici connessi all'utilizzo della tecnica;**

- a. *La procreazione medicalmente assistita è un atto medico che si sostituisce ad un processo naturale (in medicina esistono molti altri esempi); la scissione del concepimento dall'atto coniugale è un problema sul piano teologico per i cattolici*
- b. *se si ritiene l'infertilità un disagio non esiste un diritto ad avere figli; se si ritiene l'infertilità una malattia esiste il diritto alla sua terapia*
- c. *l'embrione è un soggetto di diritto o un oggetto o che cosa? La risposta a questa domanda è pregiudiziale a qualsiasi altra considerazione*
- d. *un'azione è morale se indagandola con le quattro domande sotto riportate otterremo delle risposte in sintonia con i valori morali cui ci riferiamo (che cosa sto facendo? perché lo faccio? come lo faccio? quali ne saranno gli effetti?)*

**6. Le diverse tecniche impiegabili, incluse le tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo e la possibilità per uno dei componenti della coppia di donare gameti, nonché le procedure e le fasi operative di ciascuna tecnica, con particolare riguardo alla loro invasività nei confronti della donna e dell'uomo, ai sensi dell'art. 6, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;**

*Per la realizzazione di un programma di IVF e/o ICSI e/o IMSI si dovranno percorrere le tappe sotto elencate:*

- a. *Documentazione degli accertamenti preliminari codificati dalla legge 40/2004*
- b. *Documentazione dei parametri ematochimici ed elettrocardiografici necessari per sottoporre la donna ad un'anestesia generale sotto-maschera*
- c. *Induzione della soppressione o dell'inibizione ovarica tramite iniezione sottocutanea di analoghi del GnRh*
- d. *Induzione della crescita follicolare multipla mediante iniezione sottocutanea e/o intramuscolare di gonadotropine*
- e. *Monitoraggio della crescita follicolare multipla mediante ecografia transvaginale e/o dosaggio plasmatico dell'estradiolo e del progesterone ad intervalli personalizzati*
- f. *Induzione dell'ovulazione mediante iniezione sottocutanea di gonadotropina corionica e/o analoghi*
- g. *Prelievo ecoguidato per via transvaginale degli ovociti (OPU) in sedazione profonda sotto-maschera*
- h. *IVF e/o ICSI e/o IMSI (non esistono indagini che permettano di garantire che gli spermatozoi, anche se apparentemente nel range di normalità, fertilizzino in vitro gli ovociti: potrà succedere che per garantire il completamento del ciclo un programma IVF sia convertito in ICSI e/o IMSI. La IVF e/o ICSI e/o IMSI dei gameti è volta a creare un numero di embrioni non superiore a quello strettamente necessario a un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre*
- i. *Trasferimento in utero e/o crioconservazione degli embrioni ottenuti come pattuito fra équipe del centro e coppia come da punto 22*
- j. *Terapia di supplementazione della fase luteale (le 2-3 settimane successive all'OPU) mediante somministrazione intramuscolare e/o vaginale e/o orale di progesterone e/o somministrazione sottocutanea di gonadotropina corionica e/o di eparinoidi e/o di farmaci la cui indicazione potrebbe essere off label ma che a livello mondiale vengono utilizzati nelle tecniche di PMA (es. acido acetilsalicilico, antiossidanti, integratori, melatonina simili, polivitaminici, estratti officinali rilassanti).*



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

7. L'impegno dovuto dai richiedenti (con riguardo anche ai tempi di realizzazione, alla eventuale terapia farmacologica da seguire, agli accertamenti strumentali e di laboratorio da esperire, alle visite ambulatoriali e ai ricoveri, anche in day hospital, da effettuare);
8. Possibili effetti collaterali sanitari conseguenti all'applicazione della tecnica;

*Se la donna presenta una patologia (autoimmunitaria, endocrinologia, metabolica etc), l'impatto delle tappe della PMA e di una eventuale gravidanza sulla patologia stessa saranno valutate precedentemente al ciclo di PMA con lo Specialista competente e documentate con consulenza scritta allegata al presente consenso.*

*In caso questa non venisse rilasciata, o in caso di giudizi verbali contrastanti da parte degli specialisti competenti sarà la coppia a stabilire se sottoporsi o meno alla tecnica di PMA necessaria per loro.*

9. Probabilità di successo della tecnica:

*I risultati italiani della PMA derivati dal registro nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità, 184 centri, 8680 cicli IVF e 28186 ICSI sono stati riportati nella "Relazione per il Ministro della Salute sull'Attività del 2006 dei Centri di PMA" (G. Scaravelli et al., 2008):*

- a. dopo **IVF** e ICSI, sono statati trasferiti uno, due e tre embrioni rispettivamente nel 19.2, 31.5 e 49.3%
- b. per i cicli **IVF** la percentuale di gravidanza clinica per pick-up e per transfer è rispettivamente del 21.4 e 25.1%
- c. per i cicli ICSI, la percentuale di gravidanza clinica per pick-up e per transfer è rispettivamente del 21.1% e 24,4%
- d. la distribuzione di gravidanze singole, bigemine, trigemine e quadrigemine complessivamente per la **IVF**

*e la ICSI è del 77.8, 18.8, 3.4 e 0%*

*La letteratura riporta inoltre quanto segue:*

- a. l'età della donna influenza negativamente la percentuale di successo (maggiore età, minori probabilità)
- b. il numero di embrioni trasferiti influenza la percentuale di successo (tre embrioni offrono maggiori percentuali di un solo embrione trasferito)
- c. la qualità embrionaria influenza le percentuali di successo (minor percentuale di frammentazione dei blastomeri al momento del trasferimento offre maggiori probabilità rispetto al trasferimento di embrioni con maggior percentuale di frammentazione)



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

**10. Possibili rischi per la donna derivanti dalla tecnica;**

- a. *Rischio di gravidanza plurima (vedi punto d. del paragrafo precedente);*
- b. *L'induzione farmacologica dell'ovulazione espone ad un fisiologico aumento di volume delle ovaie, poiché all'interno vi crescono i follicoli, quindi è normalissimo avere una sensazione di percezione fastidiosa delle ovaie stesse e questo è il quadro più frequente che si verifica nel 95/99% dei casi. L'1% delle pazienti può andare incontro a sindrome da iperstimolazione ovarica: questa sindrome può richiedere il ricovero, la sospensione del ciclo, la somministrazione di albumina al momento del pick-up e/o nelle settimane successive. Questa è una delle complicanze più temibili che si può verificare durante il trattamento e consiste in una abnorme risposta ovarica ai farmaci utilizzati anche in dosi non elevate. Oltre all'aumento del volume delle ovaie che potrebbero anche torcersi, (vedere punto C) potrebbe comparire nausea, vomito, diarrea, contrazione della diuresi e versamento di liquidi intra addominali con difficoltà respiratorie, emoconcentrazione, ipoproteinemia, sbilancio idroelettrolitico, alterazione della coagulazione, fenomeni tromboembolici, versamento pleurico; ovviamente questi quadri che si possono presentare in forma più o meno grave e potrebbero richiedere il ricovero in ospedale sino alla remissione della sindrome (anche per diverse settimane) e in caso di gravidanza in utero il quadro potrebbe essere più grave e di più difficile remissione tanto che potrebbe essere necessario abortire. La letteratura scientifica riporta una incidenza variabile tra lo 0.5 e il 5 % (human reproduction 2002,8: 559-577). La sindrome si verifica tra 1 e 15 giorni dopo il prelievo ovocitario. Quando gli elementi ecografici, ormonali, fenotipici della paziente evidenziano un potenziale rischio per la paziente il medico a suo insindacabile giudizio potrà: a) sospendere il trattamento; b) ridurre il dosaggio dei farmaci o sospenderlo per qualche giorno; c) somministrare l'albumina e/o derivati della cabergolina; d) congelare gli ovociti o gli embrioni affinché si possano utilizzare in cicli spontanei successivi.*
- c. *Il prelievo degli ovociti può essere annullato se la risposta alla stimolazione ovarica non dovesse essere giudicata sufficiente; potrà succedere che un ciclo di IVF, in presenza di parametri seminali adeguati sia convertito in inseminazione intrauterina per l'insufficiente risposta ovarica.*
- d. *In letteratura sono descritte lesioni agli organi interni durante il prelievo degli ovociti con percentuali inferiori allo 0,1%, sono stati inoltre descritti casi di ascessi ovarici, sanguinamenti ovarici e peritoniti o perforazioni intestinali o torsioni ovariche: queste complicanze a breve e lungo termine possono rendere necessario il ricovero presso un qualunque ospedale ed un eventuale intervento di laparotomia o laparoscopia. In alcuni casi potrebbe essere anche necessario asportare l'ovaio e a volte l'emotrasfusione. L'intervento risolve spesso volte la complicanza a breve termine; a lungo termine potrebbero perdurare e residuare fastidi a livello pelvico, sia spontanei, sia durante il ciclo, sia durante i rapporti.*
- e. *Il tipo di anestesia sopra descritto potrà essere convertito in altro tipo a discrezione e su indicazione dell'anestesista.*
- f. *Esiste la possibilità che non si recuperino ovociti.*
- g. *Esiste la possibilità che ovociti e spermatozoi valutati normali non diano origine a fertilizzazioni o diano origine a fertilizzazioni morfologicamente scorrette. In entrambe i casi non si potrà procedere all'embrio-transfer.*



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

- h. *Se il partner maschile è portatore del virus dell'epatite B o C o dell'HIV vi è la possibilità che il virus sia trasmesso alla donna e che ella sviluppi la malattia.*
- i. *L'incidenza della gravidanza ectopica (impianto dell'embrione fuori dell'utero) nei cicli spontanei è di circa 1%. L'incidenza della gravidanza ectopica fra le gravidanze post-PMA varia tra lo 0,75 e il 3% (Tal et al., 1996).*
- j. *Rischio di gravidanza plurima: vedi punti d. ed e. del paragrafo precedente; le gravidanze plurime sono gravate di maggiori rischi sia per la madre sia per i nascituri (in particolare parto prematuro e conseguenti danni neonatali); in caso questo avvenga dovrà essere presa in considerazione anche una eventuale embrioiduzione da svolgersi in adeguato presidio ospedaliero.*
- k. *Se la donna presenta una patologia (autoimmunitaria, endocrinologia, metabolica etc), l'impatto delle tappe della PMA e di una eventuale gravidanza sulla patologia stessa saranno valutate precedentemente al ciclo di PMA con lo Specialista competente e documentate con consulenza scritta allegata al presente consenso.*
- l. *In alcune pazienti dopo il prelievo ovocitario per via transvaginale potrebbe perdurare un fastidio dovuto alla puntura del fornice vaginale per un periodo indefinito. In rari casi (<0.01%) tale fastidio potrebbe rendere difficoltosi i rapporti vaginali profondi e l'eventuale vita di relazione;*
- m. *Così come nei 2/3 mesi successivi al trattamento è probabile che si riscontri un'alterazione del ciclo e del flusso in termini di ritmo, durata e quantità; tali alterazioni in pazienti di oltre 40 anni o in pazienti con FSH ai limiti alti potrebbero assumere le caratteristiche di un'amenorrea. L'uso di gonadotropine porterà naturalmente ad un aumento degli estrogeni e questi agiranno in particolar modo sugli organi bersaglio (utero ovaie mammelle), questo significa che qualunque patologia benigna a carico di questi organi potrà aumentare di volume, di numero, di consistenza di aspetto.*
- n. *Non vi è documentazione scientifica che dimostri che le terapie con gonadotropine utilizzate da ormai più di un trentennio siano in grado di indurre tumori di alcun genere altrimenti l'OMS ne avrebbe proibito l'uso e tolte dal mercato. In caso di insorgenza di patologie tumorali a breve e lungo termine queste saranno imputabili a fattori genetici ereditari e/o predisponenti e/o ambientali. Le concentrazioni ormonali che si raggiungono per pochi giorni (10/20) durante il periodo di trattamento per una tecnica di PMA sono 5/10 volte inferiori a quelle che si raggiungono durante una gravidanza che dura almeno 270 giorni.*

11. Possibili rischi per il/i nascituro/i, accertati o possibili, quali evidenziabili dalla letteratura scientifica;



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

- a. *I bambini nati con tecniche di PMA sono più di un milione e mezzo, nei paesi occidentali tra l'1 e il 3% dei nati è stato concepito con tecniche di PMA. Studi condotti su questi bambini sono stati rivolti a stabilire se il loro rischio di anomalie genetiche o di malformazioni fosse diverso da quello dei bambini concepiti spontaneamente. L'ultima edizione delle Linee Guida del Royal College of Obstetrics and Gynecology (N.I.C.E. National Institute of Clinical Excellence. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. February 2004, RCOG Press) riporta i dati dei 30 studi più significativi concludendo che l'incidenza complessiva di malformazioni nei neonati della PMA non è significativamente diversa da quella della popolazione generale (tra il 2 ed il 4%) e che lo sviluppo dei bambini è normale sia dal punto di vista intellettuale sia emotivo-affettivo.*
- b. *Nel caso della ICSI esiste il rischio di trasmissione di alcune patologie genetiche correlate alla grave infertilità maschile:*
- *aumento delle aneuploidie dei cromosomi sessuali, cioè un numero anomalo dei cromosomi X e Y, la cui conseguenza principale per il neonato è la futura sterilità. Nella popolazione generale questa anomalia colpisce il 2‰ dei nati, mentre nei nati da ICSI è presente nell'8‰ (Liebaers et al, 1995)*
  - *aumento delle anomalie cromosomiche autosomiche de novo, cioè non presenti precedentemente in uno dei genitori (4‰ rispetto al 0.7‰ della popolazione generale, Van Steirteghem et al, 2002)*
  - *aumento delle aberrazioni cromosomiche strutturali, ereditate dal padre*
  - *trasmissione delle microdelezioni del cromosoma Y e delle mutazioni della Fibrosi Cistica, ereditate dal padre*
- c. *Nel caso di gravidanze plurime aumenta la probabilità di parto prematuro e quindi, in relazione a questo, il rischio di danni neonatali.*
- d. *Se almeno un partner è portatore del virus dell'epatite B o C o dell'HIV vi è la possibilità che il virus sia trasmesso al prodotto del concepimento e che questo sviluppi la malattia.*

- 12.** I possibili effetti psicologici per i singoli richiedenti, per la coppia e per il nato, conseguenti all'applicazione della tecnica di procreazione medicalmente assistita;

*Il percorso della PMA richiede un notevole impegno emotivo:*

- a. *le terapie sono di lunga durata*
- b. *occorre mettere in conto di trovarsi a dover affrontare il fallimento del percorso, dei tentativi, dei risultati, la miglior prevenzione degli effetti psicologici consiste nel:*
- *avere conoscenza e comprensione del percorso della PMA*
  - *formarsi nella coppia di una consapevolezza dei vantaggi e dei limiti del percorso della PMA, il centro offre la possibilità alle coppie di usufruire della consulenza psicologica*



**Istituto Clinico  
Sant'Ambrogio**

Gruppo San Donato

**CENTRO PROCREAZIONE  
MEDICALMENTE ASSISTITA**  
RESPONSABILE: DOTT. GABRIELE ERSETTIGH  
RESPONSABILE LABORATORIO:  
DOTT.SSA NICOLETTA MAXIA

*Etichetta identificativa paziente*

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

**13.** La possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili per successivi trattamenti di fecondazione assistita;

a) Consento alla crioconservazione (specificare se a carico personale) dei gameti maschili

SI

NO

**Firma leggibile:** Signora \_\_\_\_\_ Sig. (partner) \_\_\_\_\_

b) consento alla crioconservazione (specificare se a carico personale) dei gameti femminili

SI

NO

**Firma leggibile:** Signora \_\_\_\_\_ Sig. (partner) \_\_\_\_\_

c) in caso di crioconservazione dei gameti, consento a essere ricontattato/a per richiesta di disponibilità alla donazione

SI

NO

**Firma leggibile:** Signora \_\_\_\_\_ Sig. (partner) \_\_\_\_\_

d) consentiamo alla crioconservazione degli eventuali embrioni in sovrannumero, a carico della clinica,

SI

NO

**Firma leggibile:** Signora \_\_\_\_\_ Sig. (partner) \_\_\_\_\_

e) relativamente all'offerta di consulenza psicologica di cui al **punto 12:**

ACCETTIAMO

RIFIUTIAMO

**Firma leggibile:** Signora \_\_\_\_\_ Sig. (partner) \_\_\_\_\_





**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

14. la possibilità di revoca del consenso da parte dei richiedenti, fino al momento della fecondazione dell'ovulo;

*La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.*

15. La possibilità, da parte del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, motivata in forma scritta legge n°40/2004 di seguito descritto:

**Legge n. 40/2004**

**Art. 6- Consenso informato**

**Art.4** Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

16. I limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni, di cui all' articolo14 della legge 19 febbraio 2004, n 40

**Legge n.40/2004**

**Articolo 14 (limiti dell'applicazione delle tecniche sugli embrioni), come modificato dalla sentenza della Corte costituzionale n.151/2009**

1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n.194
2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.
3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile
4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n.194.
5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti da trasferire nell'utero
6. La violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti è punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50,000 a 150,000 euro
7. È disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo.
8. È consentita la crioconservazione dei gameti maschili e femminili, previo consenso informato e scritto
9. La violazione delle disposizioni di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5,000 a 50,000 euro



**Istituto Clinico  
Sant'Ambrogio**

Gruppo San Donato

**CENTRO PROCREAZIONE  
MEDICALMENTE ASSISTITA**  
RESPONSABILE: DOTT. GABRIELE ERSETTIGH  
RESPONSABILE LABORATORIO:  
DOTT.SSA NICOLETTA MAXIA

*Etichetta identificaiva paziente*

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER  
FECONDAZIONE IN VITRO**

**Ai sensi della legge 19 febbraio 2004, n. 40 e della Sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale**

**17.** La possibilità di crioconservazione degli embrioni nei casi conformi a quanto disposto dall' articolo 14 della legge n 40 del 2004 e dalla sentenza della Corte Costituzionale n 151 del 2009; a tale fine, deve essere precisato che le tecniche di produzione degli embrioni non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario alla procreazione, e che il trasferimento degli embrioni così creati deve essere effettuato non appena possibile, senza pregiudizio della salute della donna. Deve altresì essere illustrato e discusso il rischio di produrre embrioni soprannumerari, con la conseguenza di destinare quelli eccedenti alla crioconservazione. Ogni decisione deve essere motivata in forma scritta e deve esserne conservata copia nella cartella clinica; (la Corte costituzionale, con sentenza n 151/2009, ha dichiarato, tra l'altro, la illegittimità).

**18.** Costi economici totali derivanti dalla procedura adottata;

Attualmente le procedure di prelievo di ovociti e il trasferimento di embrioni vengono eseguiti in regime di day hospital. Il drg riconosciuto da parte della regione Lombardia per il prelievo ovocitario è di 2.234,00€ Il trasferimento di embrioni è di 2.194,00€.

**Quanto sopra considerato, si esprime consapevolmente la propria volontà di accedere alla tecnica di procreazione medicalmente assistita proposta che verrà applicata non prima di sette giorni dal rilascio della presente dichiarazione.**

Data ...../...../.....

Sig. ra (firma)..... documento.....

Sig. (firma)..... documento.....

Il medico che ha effettuato il colloquio \_\_\_\_\_

Il medico responsabile della struttura \_\_\_\_\_