



CENTRO PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

RESPONSABILE MEDICO: DOTT. GABRIELE ERSETTIGH

RESPONSABILE DI LABORATORIO - DOTT.SSA NICOLETTA MAXIA

AUTOCERTIFICAZIONE SOGGIORNO AREE A RISCHIO VIRUS ZIKA

In fase di colloquio preliminare abbiamo ricevuto informazioni in merito al virus Zika, alle aree a rischio di contrarre il virus e delle misure di prevenzione necessarie qualora si intenda intraprendere un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita:

- A. UOMO:** Sospensione di prelievo di **sperma** per un periodo di **6 mesi**, successivo al ritorno dalle zone in cui è segnalata la diffusione del virus. La raccolta può essere eseguita prima dei **6 mesi** solo se viene effettuato un test con tecnica NAT su un campione di liquido seminale del paziente e il risultato è negativo.
- B. DONNA:** in caso di diagnosi di infezione da virus Zika, il prelievo potrà essere eseguito trascorsi **28 giorni** dalla cessazione dei sintomi. Per quanto riguarda le pazienti asintomatiche che abbiano soggiornato in una delle aree indicate nella lista dell'[ECDC](#), si raccomanda di sospendere il prelievo di gameti femminili per **28 giorni** dopo il ritorno dall'area affetta.

Il/sottoscritto _____ sesso M

DICHIARA

- di NON AVER soggiornato in aree a rischio negli ultimi 6 mesi
 di AVER SOGGIORNATO nel seguente Paese _____

Di essere rientrato in Italia in data _____

Dichiara altresì di informare immediatamente il medico del Centro qualora si renda necessario da parte mia soggiornare in Aree a Rischio.

Milano, il ____/____/____ Firma del Dichiarante _____

La sottoscritta _____ sesso F

- di NON AVER soggiornato in aree a rischio negli ultimi 6 mesi
 di AVER SOGGIORNATO nel seguente Paese _____

Di essere rientrata in Italia in data _____

Dichiara altresì di informare immediatamente il medico del Centro qualora si renda necessario da parte mia soggiornare in Aree a Rischio.

Milano, il ____/____/____ Firma del Dichiarante _____



Sulla base del colloquio intercorso e delle dichiarazioni sopra riportate:

- NON SUSSISTONO ELEMENTI DI RISCHIO PER IL VIRUS ZIKA
- SUSSISTONO ELEMENTI DI RISCHIO PER IL VIRUS ZIKA tali da
 - Sospendere di prelievo di **sperma** per un periodo di **6 mesi**
 - Sospendere di prelievo di **gameti** per un periodo di **almeno 28 giorni**

Eventuali note

Milano, il ____ / ____ / ____ Il Medico _____

Elenco dei Paesi a rischio di trasmissione aggiornato settimanalmente:

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx