



ATTO INFORMATIVO E DI CONSENSO AL TRATTAMENTO TERAPEUTICO DI STIMOLAZIONE OVARICA PER STERILITA'

Noi sottoscritti :

Sig.ra _____ COD.FISC. _____

Sig.re _____ COD.FISC. _____

Assistiti dal Dott.: Alfonso Maria Irollo

dichiaro di essere stato chiaramente informato sulle metodiche utilizzate e che pertanto sono a conoscenza dei seguenti punti:

- Questa tecnica consiste nel praticare iniezioni giornaliere intramuscolo o sottocutanee di preparati farmacologici a base di ormoni ipofisari che stimolano le ovaie a produrre un numero maggiore di follicoli e quindi ovociti. Nel corso del trattamento la paziente deve sottoporsi a frequenti controlli ecografici transvaginali e dosaggi ormonali.
- Questa terapia espone, in casi molto rari, alla "Sindrome da Iperstimolazione Ovarica" (aumento delle dimensioni delle ovaie con formazione di ascite) che può richiedere nei casi più gravi anche ospedalizzazione
- Qualora la risposta alla stimolazione ovarica dovesse essere ritenuta in qualche modo inadeguata, oppure ad alto rischio di iperstimolazione, potranno essere adottate le seguenti misure precauzionali:
 - Sospensione del ciclo di stimolazione
 - Somministrazione di albumina umana
- Nell'eventualità che vengano riscontrate formazioni cistiche ovariche può rendersi necessaria la loro aspirazione o la sospensione del trattamento.
- Anche se i parametri del monitoraggio sono normali non è possibile prevedere se i follicoli contengono ovociti
- Tale trattamento espone ad un maggiore rischio di gravidanze multiple. Non esistono evidenze scientifiche che tali tecniche possano aumentare il rischio abortivo o di malformazioni fetali in percentuale maggiore rispetto a gravidanze naturali.
- Possibilità che la gravidanza si impianti in sede anomala (gravidanza extrauterina), rischio stimabile intorno al 4-6%. Questa evenienza richiede sempre un intervento chirurgico per l'asportazione della salpinge.
- Delle percentuali di successo
- Dei costi della metodica adottata

Esprimiamo inoltre il nostro consenso ad essere sottoposta (partner femminile) a tutti i trattamenti di stimolazione ovarica che saranno necessari al fine di conseguire una gravidanza.

Dichiaro in fine di avere preso in visione questo documento e di averlo pienamente compreso in tutti i suoi punti prima di averlo firmato.

I sottoscritti dichiarano che in data odierna hanno ricevuto e firmato il consenso all'esecuzione della tecnica di PMA (MM.04-11 Consenso Informato PMA di II° e III° livello o MM.04-48 PMA I° Livello Inseminazione) e si impegnano a riconsegnarlo il giorno dell'esecuzione della tecnica. La mancata riconsegna del Consenso Informato, autorizza la struttura a non eseguire il trattamento sollevandola da qualsiasi responsabilità.

Lì _____ data _____

Firma e Timbro del Medico

Documento e firma _____

Documento e firma _____