



## CONSENSO INFORMATO CRIOCONSERVAZIONE LIQUIDO SEMINALE

Io sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Doc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

chiedo al Reparto di PMA della Casa di Cura Privata Nuova Villa Claudia, Via Flaminia Nuova 280, Roma, di crioconservare il mio liquido seminale.

Sono stato informato che il tipo di procedura utilizzata è quella del congelamento rapido e che i parametri del mio liquido seminale potrebbero subire una variazione a causa delle procedure di crioconservazione. L'entità di tale variazione sarà valutabile solo al momento dello scongelamento.

Ho inoltre preso visione che il costo del congelamento e della conservazione, per un periodo di un anno dalla data del congelamento, è di Euro 300,00 (successivamente Euro 120,00 ogni anno per il mantenimento del suddetto materiale).

L'efficacia della presente richiesta di conservazione degli spermatozoi avrà validità fino alla decorrenza di due anni dalla data di sottoscrizione di cui in calce. Entro la scadenza del suddetto termine biennale mi impegno a fornirVi mie disposizioni per iscritto in merito alla proroga o all'interruzione della conservazione, fermo restando comunque, ed essendo sin d'ora beninteso, che in assenza di Vostro ricevimento della menzionata mia successiva comunicazione scritta, il Vostro Centro avrà facoltà di provvedere a dare corso all'opzione da me indicata mediante crocesegno. Quanto sopra disposto nella medesima clausola è fin d'ora a valersi, naturalmente, anche in caso di mia irrintracciabilità.

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

- utilizzi gli spermatozoi a scopo di ricerca che non comportino la fertilizzazione
- lasciare estinguere gli spermatozoi

Firma \_\_\_\_\_

Confermo 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 spermatozoi. Ciò fermo, nell'ipotesi che gli spermatozoi venissero sottratti da terzi ovvero subissero distruzioni o avarie per fatti imputabili a vostra colpa, convengo che la vostra eventuale responsabilità risarcitoria venga limitata nella misura pecuniaria di Euro 500,00 (cinquecento).

Mi impegno a comunicare tempestivamente mediante raccomandata con ricevuta di ritorno A/R qualsiasi cambio di residenza, di recapiti telefonici.

Dichiaro altresì di aver ricevuto informazioni verbali e scritte relative alla procedura proposta e di averne compreso termini e modalità. Sulla base di quanto sopra formulo il mio consenso ad effettuare la procedura illustrata ed indicata.

Allego fotocopia del documento di identità e degli esami infettivi richiesti.

Letto confermato e sottoscritto,

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MOD-12-MPO-PMA**