

## CONSENSO INFORMATO SCONGELAMENTO E BIOPSIA PER TEST GENETICO PREIMPIANTO (PGT)

Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Doc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Doc. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dopo colloquio con il Medico Responsabile del trattamento, autorizzano il personale del Laboratorio di PMA della Casa di Cura Nuova Villa Claudia a scongelare n° \_\_\_\_\_ embrioni generati a seguito del tentativo di fecondazione in vitro effettuato il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e ad effettuare una:

**PGT-A:** biopsia del trofoblasto della blastocisti e test genetico su tali cellule per la diagnosi di alterazioni cromosomiche numeriche nel cariotipo embrionale.

**PGT-M/SR:** biopsia del trofoblasto della blastocisti e test genetico su tali cellule per la diagnosi di malattie monogeniche ereditarie o anomalie cromosomiche strutturali.

I sottoscritti dichiarano di essere stati informati che esiste la possibilità che i suddetti embrioni non sopravvivano allo scongelamento e che quindi potrebbe non essere possibile effettuare la tecnica sopra richiesta.

Nel caso in cui gli embrioni non sopravvivano allo scongelamento, autorizzano a proseguire lo scongelamento di altri embrioni, se disponibili, fino al raggiungimento del numero di embrioni sopra indicato.

I sottoscritti dichiarano di essere stati informati che per esigenze cliniche gli embrioni biopsizzati potrebbero essere ricongelati.

Roma \_\_\_\_\_

Firma lei \_\_\_\_\_

Firma lui \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Trattamento

Il Responsabile del Centro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_