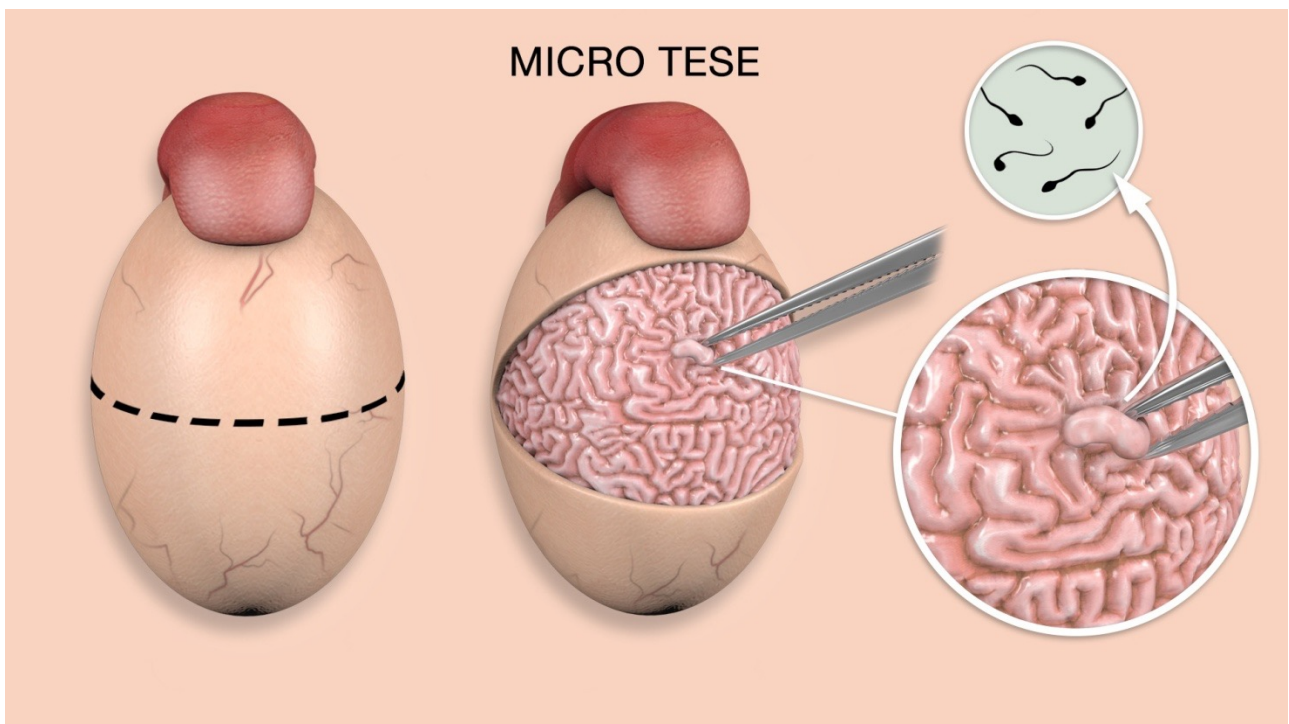
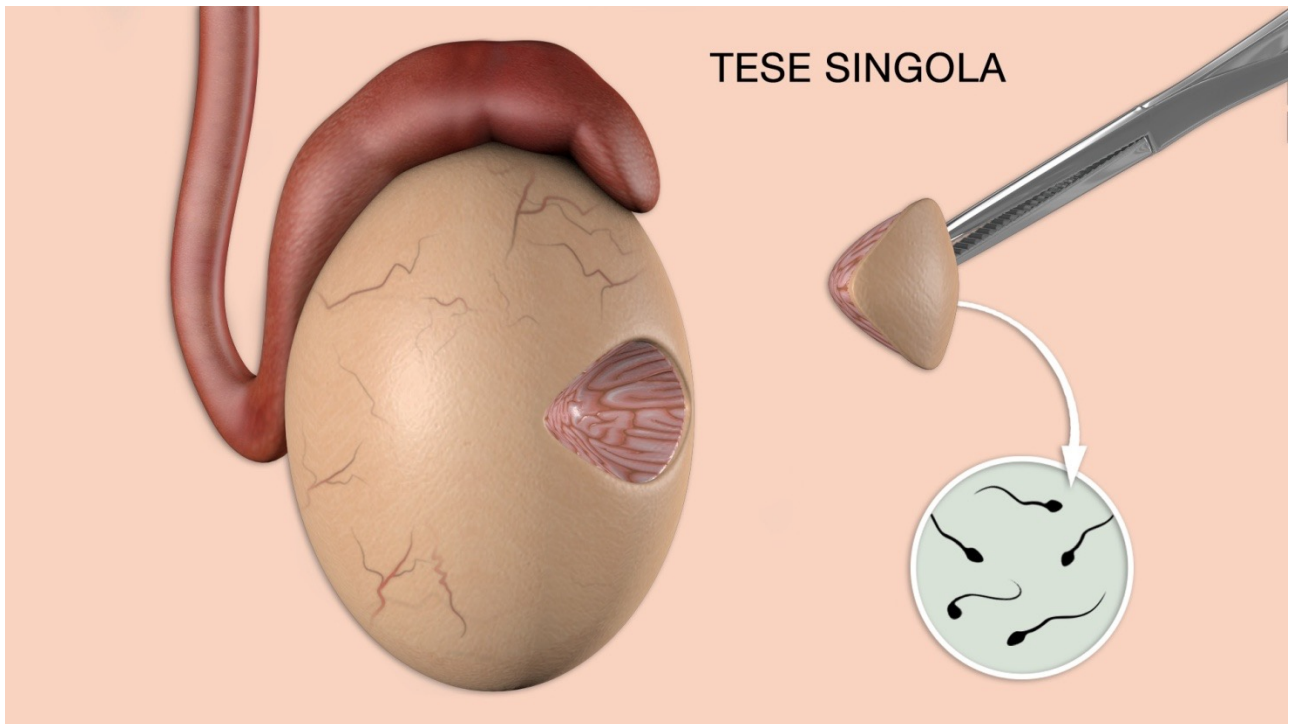


CONSENSO INFORMATO PER PRELIEVO DI GAMETI MASCHILI NELL'AMBITO DI UN PROGRAMMA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA



La tecnica descritta viene concordata con il paziente e la partner dopo valutazione clinica e del liquido seminale.

Indicazione: oligoasthenozoospermia di grado medio severo, azoospermia

- o **ASPIRAZIONE PERCUTANEA (TESA / PESA):** liquido seminale e cellule germinali vengono aspirati tramite un ago infisso nel testicolo o nell'epididimo.
- o **ASPIRAZIONE MICROCHIRURGICA (MESA):** aspirazione epididimaria a cielo aperto (con esposizione chirurgica della gonade) con ausilio di mezzi di magnificazione ottica.
- o **BIOPSIE TESTICOLARI MULTIPLE MONO O BILATERALI (TESE):** esposizione chirurgica della gonade mediante incisione dello scroto ed apertura della guaina di rivestimento del testicolo stesso (tunica vaginale). Le biopsie multiple vengono effettuate direttamente sulla tunica albuginea testicolare, sotto controllo visivo diretto.
- o **BIOPSIE TESTICOLARI MULTIPLE MONO O BILATERALI CON L'AUSILIO DEL MICROSCOPIO OPERATORE (MICRO-TESE):** esposizione chirurgica della gonade mediante incisione dello scroto ed apertura della guaina di rivestimento del testicolo stesso (tunica vaginale). La tunica albuginea viene quindi incisa lungo la linea equatoriale con ampia esposizione della polpa testicolare e dei tubuli seminiferi. Con l'ausilio del microscopio operatore si procede a prelievo di tubuli e polpa testicolare da differenti aree del testicolo.

Sede (organo, parte o livello del corpo)

Lateralità dell'intervento (per interventi su organi o parti pari)

- **Benefici:**

- maggiori possibilità di acquisire cellule germinali (spermatozoi) che potranno essere utilizzati per una procreazione medicalmente assistita.

- **Complicanze e/o rischi correlati all'intervento:**

- sanguinamenti con possibile formazione di ematomi;
- infiammazione testicolare;
- ipotrofia (riduzione del volume) del testicolo con ulteriore peggioramento della sua funzione spermatogenetica;

- **Possibili alternative**

- attesa, cure ormonali (se indicate).

Eventuali annotazioni:

ESPRESSIONE DELL'AVVENUTA INFORMAZIONE

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

Firma e timbro del Medico _____

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

Eventuale firma del paziente (in caso di curatela o amministrazione)

CONSENSO ALL'INTERVENTO DA PARTE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto _____

nato a _____, il _____,

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal

Prof/Dott. _____

che per la patologia riscontratami è indicato l'intervento chirurgico di :

Ciò premesso, dichiaro di essere stato invitato a leggere con molta attenzione il modulo di informazione sopra riportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaurientemente spiegatomi oralmente.

Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti consapevolmente acconsento al trattamento chirurgico propostomi e mi impegno a rispettare tutte le indicazioni ed i controlli consigliati nella lettera di dimissione.

Firma del Medico: _____

Firma del Paziente: _____

firma ev testimone