

ATTO SANITARIO:
PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 1 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

Prima di firmare il presente documento si prega di leggere attentamente la nota informativa. Il trattamento richiede una Vostra partecipazione attiva e consapevole ed è fondamentale, prima di firmare per accettazione, essere certi di aver compreso quanto proposto. La nota informativa non sostituisce in alcun modo il colloquio con il medico.

PARTE A – DATI ANAGRAFICI

CODICE COPPIA

I sottoscritti, in qualità di assistiti e responsabili della compilazione dei dati sotto riportati:

DATI IDENTIFICATIVI

Etichetta

♀ Cognome Nome

Nata a il

Residente a CAP

in Via

Domiciliata a CAP

in Via

♂ Cognome Nome

Nata a il

Residente a CAP

in Via

Domiciliata a CAP

DICHIARIAMO

la nostra volontà di voler eseguire tecniche di inseminazione sovracervicale (intrauterina), attraverso la procedura di inseminazione intrauterina (IUI) e/o perfusione tubarica (FSP) per un numero massimo di sei cicli, di cui quattro a carico del SSR, nel rispetto dei criteri di accesso disciplinati dalla normativa vigente.

Dichiariamo, inoltre, di essere stati informati in maniera chiara, completa e comprensibile dal/dalla Dott./Dott.ssa, operante presso la struttura sopra indicata, in relazione all'atto sanitario che verrà effettuato dai dirigenti medici della struttura semplice dipartimentale di PMA e di seguito descritto.

IN PARTICOLARE SIAMO STATI INFORMATI CHE:

1. esiste la possibilità di ricorrere alle procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modifiche, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;
2. l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita ha le seguenti conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro di cui agli articoli 8, 9, e 12, commi 2 e 3, della legge 19 febbraio 2004, n.40, di seguito descritti:

«Articolo 8 (Stato giuridico del nato)

I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.»

«Articolo 9 (Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre)

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, nè l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.
2. La madre del nato a seguito di applicazioni di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.

Istituto di Ricovero e Cura a
Carattere Scientifico pediatrico

Burlo Garofolo

Ospedale di alta specializzazione e di rilievo
nazionale per la salute della donna e del bambino

● 34137 Trieste ● via dell'Istria 65/1 ● tel.+39.040.3785.111 ● fax +39.040.76.26.23 ● cf. 00124430323 ●

ATTO SANITARIO:

**PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)**

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 2 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto nè essere titolare di obblighi.»

«Articolo 12 (Divieti generali e sanzioni) commi 2 e 3

1. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'articolo 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenne ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 a 400.000 euro.

2. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445. (1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. 2. L'esibizione di un atto contenente atti non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.).»

3. La regione Friuli Venezia Giulia, con delibera della Giunta Regionale n. 61 del 16 gennaio 2015, ha regolato le modalità di accesso alle procedure di PMA ed in tale delibera si evince quanto segue:

«Requisiti per l'accesso alle tecniche di PMA di 1° livello a carico del SSR:

- a) un limite di età per la donna fino al compimento dei 43 anni;
- b) il numero massimo di cicli a carico del Sistema sanitario regionale è fissato in quattro cicli per l'inseminazione intrauterina (PMA di I livello).»

4. Il costo della procedura, con la partecipazione alla spesa sanitaria, è stabilito in base al tariffario sanitario della regione FVG:

- 1) monitoraggio ecografico dell'ovulazione;
- 2) capacitazione liquido seminale e inseminazione artificiale
- 3) inseminazione artificiale

È possibile eseguire la tecnica di inseminazione con la spesa totalmente a carico dell'utenza. Anche in questo caso sarà applicato il tariffario stabilito dalla DGR FVG n. 61 del 16 gennaio 2015 (allegato B) e precisamente:

- € 160,30 per il monitoraggio ecografico dell'ovulazione;
- € 16,60 per la capacitazione del materiale seminale;
- € 98,80 per l'inseminazione artificiale,

5. Esiste la possibilità di crioconservazione dei gameti maschili.

PARTE B – INFORMATIVA ALL'ATTO SANITARIO PROPOSTO

DIAGNOSI / CONDIZIONI CLINICHE

ATTO SANITARIO:
PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 3 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

ATTO SANITARIO

Il trattamento di fecondazione assistita in oggetto comprende:

1. la possibile stimolazione della crescita di uno o più follicoli a livello ovarico mediante la somministrazione di farmaci induttori dell'ovulazione (gonadotropine, citrato di clomifene o altri farmaci);
2. il controllo della risposta alla terapia mediante indagini ecografiche seriate e, in alcuni casi, l'esecuzione a domicilio da parte della donna di uno o più test urinari per la valutazione dell'LH;
3. la preparazione del liquido seminale del partner mediante tecniche di laboratorio che hanno lo scopo di selezionare gli spermatozoi più validi;
4. l'introduzione degli spermatozoi così preparati:
 - nelle tube mediante dispositivo dotato di coppetta che viene fatta aderire al collo dell'utero in caso di inseminazione intra-tubarica,
 - all'interno della cavità dell'utero nel caso di inseminazione intra-uterina.
5. In base al giudizio del medico, è possibile che una tecnica sia convertita nell'altra al momento dell'esecuzione. Quanto sopra descritto è eseguito a livello ambulatoriale e non necessita di ricovero.
6. Le condizioni necessarie all'esecuzione della tecnica sono:
 - a) presenza di ovulazione (anche farmacologicamente indotta),
 - b) almeno una delle due tube libera e funzionante.
7. La procedura potrebbe essere sospesa nel caso in cui nel liquido seminale trattato non vi dovesse essere presente un numero sufficiente di spermatozoi da inserire in utero.

Con l'inseminazione intrauterina non si realizza una fecondazione extracorporea in quanto, tale procedura, facilita solamente un processo naturale ovvero la risalita degli spermatozoi nell'apparato genitale femminile. Nessun organismo vivente è creato in laboratorio.

Grado di invasività della tecnica.

1) Inseminazione intra-tubarica:

dopo detersione dei genitali, si fa aderire al collo dell'utero un dispositivo dotato di coppetta cervicale. Questo dispositivo permette la perfusione nelle tube del liquido seminale del partner, trattato precedentemente in laboratorio. La coppetta cervicale deve essere mantenuta in sede per almeno 4 ore e può essere rimossa dalla donna stessa al proprio domicilio.

2) Inseminazione intra-uterina:

dopo detersione dei genitali, per via vaginale si introduce nella cavità uterina un sottile catetere monouso di plastica attraverso il quale viene inoculato il liquido seminale del partner trattato precedentemente in laboratorio.

Le procedure sopra descritte non richiedono anestesia e sono eseguite ambulatorialmente.

La donna, durante l'esecuzione della tecnica, può avvertire solamente una lieve sintomatologia dolorosa (simile a un crampo mestruale).

ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

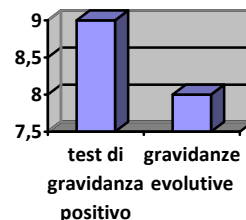
Percentuali di successo

Le percentuali di successo, riferite alla percentuale di "bambini in braccio" sul numero di coppie che si sottopone al trattamento, in tutto il mondo variano dal 5 al 25%. Tali differenze dipendono da molti fattori, fra i quali: il tipo di sterilità, gli anni di sterilità, l'età della partner femminile, la qualità del liquido seminale e il numero di tentativi effettuati.

Le percentuali di gravidanze ottenute nel nostro centro, nel periodo 2010 / 2012, sono riportate nel grafico sottostante.

Grafico n. 1: percentuali di gravidanze ottenute nella SSD PMA

dell'IRCCS Burlo di Trieste nel periodo 2010 / 2012



LE EVENTUALE ALTERNATIVE (CON VANTAGGI E RISCHI)

Come alternativa alla procreazione medicalmente assistita esiste la possibilità di ricorrere alle procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modifiche.

ATTO SANITARIO:
PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 4 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Interruzione al trattamento

La stimolazione della crescita follicolare può essere interrotta, su indicazione del medico, se:

- a) non si riscontra una maturazione adeguata dei follicoli;
- b) si verifica la presenza di un numero molto elevato di follicoli tali da far prevedere la comparsa di una iperstimolazione ovarica.

È possibile, inoltre, che per la ridotta funzionalità ovarica non si riesca ad ottenere una maturazione adeguata degli ovociti.

RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DEL TRATTAMENTO

Rischi e complicanze farmacologiche

L'applicazione della tecnica può prevedere l'utilizzo di farmaci per l'induzione dell'ovulazione (gonadotropine, citrato di clomifene o altri farmaci). I farmaci utilizzati sono somministrati alle donne da molti anni e finora non sono emersi dati che indichino un aumento del rischio di comparsa di tumori o di altre malattie in donne sane. Se la donna è portatrice (affetta) da qualche patologia saranno valutati gli eventuali rischi caso per caso. Come per tutti i farmaci sono possibili effetti collaterali sanitari:

- 1) sono possibili reazioni allergiche, anche gravi; tuttavia, i casi di allergia sono molto rari.
- 2) come per tutti i farmaci è possibile la comparsa di effetti indesiderati, in genere costituiti da bruciore, dolore, arrossamento, tumefazione e prurito nel sito di iniezione. Molto raramente sono state osservate reazioni, quali rash. Il Clomifene Citrato può causare vampate di calore (10% dei casi), distensione addominale (5%), nausea e vomito (2%), mastodinia (2%), disturbi visivi e cefalea (1,5%). Questi sintomi sono rari e scompaiono dopo la sospensione del farmaco. Inoltre, può essere riscontrata un' elevazione della temperatura basale durante la sua somministrazione.
- 3) In soggetti con predisposizione genetica e/o sovrappeso vi può essere un maggior rischio di trombosi (formazione di un coagulo di sangue in un vaso sanguigno, molto spesso nelle vene degli arti inferiori o dei polmoni).

Effetti psicologici al trattamento

L'applicazione della tecnica può avere effetti psicologici che possono riguardare, in particolare, l'equilibrio personale, della coppia e lo sviluppo psico-affettivo del nuovo nato. Gli studi che hanno investigato l'influenza delle tecniche di fecondazione assistita sulla famiglia e sullo sviluppo socio-emozionale dei nati sono pochi e, tuttavia, non rivelano differenze significative con i nati concepimenti naturalmente. È possibile, comunque, richiedere di poter discutere tali possibili implicazioni con la psicologa dell'Istituto. La consulenza ed il sostegno psicologico alla coppia è garantita in tutte le fasi dell'approccio diagnostico e terapeutico, a prescindere dall'esito delle tecniche applicate (Linee guida 2015 GU 161 del 14/7/2015).

Rischi per la donna derivanti dalla tecnica.

1. È possibile un aumento eccessivo delle dimensioni delle ovaie. L'iperstimolazione ovarica si definisce (o "si classifica") in lieve, media e grave in base al quadro clinico. Questa patologia solitamente è ad evoluzione benigna e si risolve nel corso di alcuni giorni nella pressoché totalità con il riposo. Nei casi più gravi, con presenza di liquido nell'addome, alterazione dei parametri ematochimici, insufficienza renale e difficoltà respiratorie, è necessario il ricovero in ospedale per essere opportunamente trattata. L'iperstimolazione ovarica è, peraltro, una condizione rara nel caso di inseminazione in quanto la stimolazione ormonale è molto blanda.
2. Nei casi più gravi, inoltre, è possibile la torsione o la rottura di cisti ovariche con emorragie addominali. Tali eventi richiedono l'intervento chirurgico.
3. È possibile l'insorgenza di infezioni utero-tubariche conseguenti all'inserimento di un catetere all'interno della cavità uterina, nonostante la procedura sia eseguita in condizioni di sterilità.
4. La percentuale di gravidanze plurime, nel caso in cui si ricorra a farmaci per stimolare l'ovulazione, è aumentata rispetto ai concepimenti naturali. Le gravidanze plurime dipendono, in gran parte, dal numero di ovociti maturati. Nelle statistiche internazionali il 25% delle gravidanze ottenute con tale tecnica è gemellare e il 5% circa è trigemina o plurigemina.

Rischi per il/i nascituro/i derivanti dalla tecnica.

1. I bambini nati con tale tecnica sono del tutto comparabili con quelli concepiti naturalmente. La percentuale di malformazioni, circa del 2-4%, è uguale a quella delle gravidanze insorte spontaneamente.
2. La gravidanza gemellare, rispetto alla gravidanza singola, presenta una maggiore incidenza di:
 - malformazioni
 - ploidamnios (eccessiva quantità di liquido amniotico)
 - ipertensione arteriosa (2-4 volte più frequente)
 - ritardo di crescita (il 50% dei gemelli ha alla nascita un peso inferiore ai 2500g)

ATTO SANITARIO:
PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 5 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

- parto prematuro (5-10 volte più frequente)
 - taglio cesareo
 - mortalità e morbidità neonatale, in particolare malattia da membrane ialine polmonari, retinopatia della prematurità, enterocolite necrotizzante e patologie neurologiche.
3. Nella gravidanza plurigemina tali complicazioni sono molto più frequenti. Il 75% circa di questi neonati, alla nascita, ha un peso inferiore ai 2000 g e il 40% circa ha un peso inferiore ai 1500 g. Nel caso di neonati con peso alla nascita inferiore a 1500 g il 25% circa dei neonati non sopravvive, il 25% circa sopravvive con handicaps gravi, il 25% circa con handicaps lievi e il 25% circa sopravvive in buona salute.
4. È possibile effettuare una "riduzione" del numero di embrioni in base alla legge 194/78 riguardante l'interruzione volontaria di gravidanza. Tale procedura presenta difficoltà tecniche di esecuzione, è eseguita solo in strutture altamente specializzate e comporta il rischio di perdere tutti gli embrioni.
5. In caso di gravidanza plurigemina l'amniocentesi, esame diagnostico per l'accertamento di eventuali anomalie cromosomiche, può risultare di maggior difficile esecuzione o rilevarsi tecnicamente impossibile. Inoltre, presenta maggiori rischi di determinare aborto.

ESITI DEL NON TRATTAMENTO

Mancata gravidanza.

ALTRI PROBLEMI

/

PARTE C – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Preso atto di quanto riportato nel presente documento, valido per i 6 cicli previsti, di cui 4 a carico del SSR e 2 a totale carico della coppia,

DICHIARIAMO

di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del Atto/trattamento sanitario proposto e di:

☐ **ACCETTARE**

☐ **NON ACCETTARE**

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il nostro consenso all'atto sanitario di procreazione medicalmente assistita proposta, il cui primo ciclo sarà applicato non prima di sette giorni dal rilascio della presente dichiarazione.

☐ PRIMO CICLO A CARICO DEL SSR		☐ PRIMO CICLO A TOTALE CARICO DELLA COPPIA
Data	L'assistita (firma leggibile)	Documento di identità dell'assistita
Data	L'assistito (firma leggibile)	Documento di identità dell'assistito
Data	Il Medico che ha effettuato il colloquio (timbro e firma leggibile)	Il Medico Responsabile della Struttura o suo sostituto (timbro e firma leggibile)
Data	Il Mediatore culturale (firma leggibile)	

ATTO SANITARIO:

**PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)**

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 6 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

☐ SECONDO CICLO A CARICO DEL SSR		☐ SECONDO CICLO A TOTALE CARICO DELLA COPPIA
<i>Data</i>	<i>L'assistita (firma leggibile)</i>	<i>Documento di identità dell'assistita</i>
<i>Data</i>	<i>L'assistito (firma leggibile)</i>	<i>Documento di identità dell'assistito</i>
<i>Data</i>	<i>Note a cura del medico</i>	
<i>Data</i>	<i>Il Medico che ha effettuato il colloquio (timbro e firma leggibile)</i>	<i>Il Medico Responsabile della Struttura o suo sostituto (timbro e firma leggibile)</i>
<i>Data</i>	<i>Il Mediatore culturale (firma leggibile)</i>	

☐ TERZO CICLO A CARICO DEL SSR		☐ TERZO CICLO A TOTALE CARICO DELLA COPPIA
<i>Data</i>	<i>L'assistita (firma leggibile)</i>	<i>Documento di identità dell'assistita</i>
<i>Data</i>	<i>L'assistito (firma leggibile)</i>	<i>Documento di identità dell'assistito</i>
<i>Data</i>	<i>Note a cura del medico</i>	
<i>Data</i>	<i>Il Medico che ha effettuato il colloquio (timbro e firma leggibile)</i>	<i>Il Medico Responsabile della Struttura o suo sostituto (timbro e firma leggibile)</i>
<i>Data</i>	<i>Il Mediatore culturale (firma leggibile)</i>	

ATTO SANITARIO:

**PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)**

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 7 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

☐ **QUARTO CICLO A CARICO DEL SSR**

☐ **QUARTO CICLO A TOTALE CARICO DELLA COPPIA**

Data L'assistita (firma leggibile) Documento di identità dell'assistita

Data L'assistito (firma leggibile) Documento di identità dell'assistito

Data Note a cura del medico

Data Il Medico che ha effettuato il colloquio Il Medico Responsabile della Struttura o suo sostituto (timbro e firma leggibile)

Data Il Mediatore culturale (firma leggibile)

☐ **QUINTO CICLO A TOTALE CARICO DELLA COPPIA**

Data L'assistita (firma leggibile) Documento di identità dell'assistita

Data L'assistito (firma leggibile) Documento di identità dell'assistito

Data Note a cura del medico

Data Il Medico che ha effettuato il colloquio Il Medico Responsabile della Struttura o suo sostituto (timbro e firma leggibile)

Data Il Mediatore culturale (firma leggibile)

ATTO SANITARIO:
PMA OMOLOGA – TECNICA DI I LIVELLO
INSEMINAZIONE SOPRACERVICALE
(O INTRAUTERINA) OMOLOGA (IUI)

Codice identificazione file:

MOD_0165_PMA_0007_07
F_DSN_0001_03_PRO_DSN_0008

definitivo

CONSENSO

Pagina 8 di 8 05/05/2017

SC R Procreazione medicalmente assistita – Codice Centro 060003

Legge 19 febbraio 2004, n. 40

☐ **SESTO CICLO A TOTALE CARICO DELLA COPPIA**

Data	L'assistita (firma leggibile)	Documento di identità dell'assistita
Data	L'assistito (firma leggibile)	Documento di identità dell'assistito
Data	Note a cura del medico	
Data	Il Medico che ha effettuato il colloquio (timbro e firma leggibile)	Il Medico Responsabile della Struttura o suo sostituto (timbro e firma leggibile)
Data	Il Mediatore culturale (firma leggibile)	

PARTE D – DIRITTO DI REVOCA

- Esiste la possibilità di revoca del consenso da parte di ciascuno dei soggetti della coppia richiedente fino al momento di applicazione della tecnica di cui all'articolo 6, comma 3 della legge 40/2004 di seguito riportato:
«La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.»
- Siamo a conoscenza che il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita di cui all'articolo 6, comma 4 della legge n. 40/2004 di seguito riportato:
«Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione. »

DICHIARO/DICHIARIAMO DI VOLERE REVOCARE IL CONSENSO

Data	L'assistita (firma leggibile)	L'assistito (firma leggibile)
Data	Il Mediatore culturale (firma leggibile)	