

Gent.mi/a/o Signori/a/e, prima di firmare il presente modulo di informativa e consenso, Vi preghiamo di leggere attentamente le informazioni fornite, per accertarsi di aver compreso quanto offertoVi dal/dalla Psicologo/a della SC R PMA dell'IRCCS Burlo Garofolo. Le informazioni fornite nel presente consenso hanno la finalità di illustrare l'intervento proposto e non sostituiscono in alcun modo il colloquio con lo/la Psicologo/a, al/alla quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

Le **"Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita"**, del 1° luglio 2015 e pubblicate nella Gazzetta Ufficiale il 14/7/2015 serie generale N. 161 indicano quanto segue:

- "Per assicurare adeguato sostegno psicologico alla coppia ciascun centro offre la possibilità di una consulenza da parte di uno psicologo con documentata formazione nel settore".
- "L'attività di consulenza è un processo di comunicazione riconosciuto di grande beneficio correlato ad ogni tipo di trattamento offerto".
- "L'attività di consulenza e supporto deve essere resa accessibile, quindi, in tutte le fasi dell'approccio diagnostico terapeutico dell'infertilità e, eventualmente, anche dopo che il processo di trattamento è stato completato, a prescindere dall'esito delle tecniche applicate".
- "I centri debbono assicurarsi che i soggetti siano consapevoli che l'offerta della consulenza venga fatta di routine".
- "L'offerta dell'attività di consulenza e sostegno deve includere l'informazione scritta di chi la offre".
- "L'offerta dell'attività di consulenza ad una coppia va sempre registrata nella cartella clinica sia che la coppia accetti l'attività di consulenza sia che la rifiuti".

**Si informa che ogni intervento avverrà nel rispetto del Codice deontologico degli Psicologi Italiani.**

## **PARTE A - RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI**

Io/noi sottoscritto/a/i, in qualità di  assistito/a  assistiti (coppia)

responsabile/i della compilazione dei dati sottoindicati:

### **DATI IDENTIFICATIVI DELLA COPPIA**

#### **Dati identificativi dell'assistita**

♀ Cognome ..... Nome .....  
Nata a ..... il .....  
Residente a ..... CAP .....  
in Via .....  
Domiciliata a ..... CAP .....  
n Via .....

*se diversi dai dati di residenza*

#### **Dati identificativi dell'assistito**

♂ Cognome ..... Nome .....  
Nato a ..... il .....  
Residente a ..... CAP .....  
in Via .....  
Domiciliato a ..... CAP .....  
in Via .....

*se diversi dai dati di residenza*

### **DICHIARO/DICHIARIAMO**

di essere stati/a/o informati/a/o, dal dott./dott.ssa ...Roberta Crevatin..., in relazione all'atto sanitario proposto, di seguito descritto, che verrà effettuato dal dott./dott.ssa. Roberta Crevatin

con il supporto del mediatore culturale Sig./Sig.a .....

## **PARTE B – INFORMATIVA ALLA CONSULENZA PSICOLOGICA E/O PSICOTERAPIA**

### **ATTO SANITARIO**

L'intervento psicologico, a seconda delle situazioni, può essere:

1. **decisionale** il cui scopo fondamentale è di consentire ai soggetti di comprendere e riflettere nel corso della proposta di trattamento che li riguarda, sulle implicazioni che questo potrebbe avere per le coppie, per le loro famiglie e sugli eventuali figli nati come risultato del trattamento.
2. di **sostegno** il cui scopo è quello di supportare le coppie in momenti di stress e difficoltà. Questo può accadere in ogni momento, prima, durante e dopo l'esecuzione del trattamento, indipendentemente dall'esito. La consulenza psicologica di sostegno è offerta a qualsiasi soggetto coinvolto nel trattamento e può essere richiesta anche direttamente dalla coppia o dal singolo componente.

La consulenza è offerta e può essere richiesta da:

- individui che non possono accedere alle terapie;
- individui che hanno difficoltà ad affrontare un determinato ciclo di trattamento;
- individui nei quali il trattamento è fallito;

3. **terapeutica** la cui finalità è quella di riuscire ad assistere i soggetti che ne abbiano bisogno nello sviluppare strategie che consentano loro di far fronte alle conseguenze dei trattamenti per l'infertilità sia a breve che a lungo termine. Essa include l'aiutare i soggetti a moderare le loro aspettative e ad accettare la realtà di particolari situazioni.

La consulenza terapeutica può incentrarsi su:

- Riflessione sui problemi individuali e storia familiare;
- L'accettazione della situazione;
- Il significato e l'impatto dell'infertilità, compreso affrontarne l'angoscia;
- Lavorare su vie alternative e sull'auto-fiducia per il futuro;
- Lo sviluppo di strategie di sostegno e di strategie per minimizzare lo stress;
- Soluzione dei problemi e dei conflitti anche su temi specifici quali quelli sessuali, di coppia e altri problemi interpersonali (LG 2004).

#### ***Informativa alla consulenza psicologica per tecniche di PMA omologa***

Nel caso di tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo omologo la consulenza psicologica potrà prevedere:

- 1 colloquio individuale e/o di coppia
- Ciclo di sedute di sostegno o psicoterapeutiche di coppia e/o individuali

#### ***Informativa alla consulenza psicologica per tecniche di PMA eterologa***

Nel caso di tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo la consulenza psicologica potrà prevedere:

- 1 colloquio iniziale con la coppia e/o un breve percorso
- Ciclo di sedute di sostegno o psicoterapeutiche di coppia e/o individuali

I contenuti della consulenza vengono discussi con la coppia, tranne che per specifiche necessità di restituzione individuale.

#### ***Strumenti utilizzati nella consulenza psicologica e psicoterapia***

Gli strumenti utilizzati dallo/a psicologo/a e psicoterapeuta, come previsto dall'art 1 della Legge n. 56/1989, sono:

- il colloquio clinico;
- i test psicologici e psicodiagnostici;
- altri interventi identificati dal professionista

La durata dell'intervento di consulenza psicologica, pur non essendo definibile a priori, è ipotizzabile che si articoli in un ciclo, al massimo, di 8 sedute eventualmente ripetibile.

## **ESITI PREVEDIBILI (BENEFICI) DEL TRATTAMENTO PROPOSTO**

L'intervento psicologico può produrre esiti diversi tenuto conto del tipo di consulenza intrapresa: decisionale, di supporto, terapeutica. (Vedi linee guida 2015)

## **EVENTUALI ALTERNATIVE**

**Consulenza effettuata dal medico ginecologo della PMA:** La consulenza alla coppia può essere svolta anche dal medico della SC R PMA, in quanto, non è improbabile che egli si possa trovare ad affrontare problemi psicologici e relazionali nel corso dei trattamenti. In tal caso, le informazioni sono rilasciate dai professionisti su basi scientifiche ed etiche. Tale modalità risulta utile per risolvere quesiti che non richiedono maggiori approfondimenti.

Qualora quest'ultimi siano necessari, si suggerisce di richiedere l'intervento a un professionista con specifiche ed appropriate competenze di tipo psicologico.

**Informazioni psicosociali scritte:** informazioni preliminari da offrire alle coppie su aspetti fisici, emotivi, psicologici e sociali delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita. Tale modalità, in alcuni casi, può determinare interpretazioni personali, con conseguente ansia e stress.

## **RISCHI E COMPLICANZE EVENTUALI DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO**

La consulenza psicologica e/o l'intervento psicoterapeutico potrebbero, in alcuni casi, non produrre gli effetti desiderati dalla coppia o dal singolo.

Lo psicologo, può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto qualora constati che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e sia ragionevolmente prevedibile che non ve ne saranno dal proseguimento dallo stesso.

## **APPROCCIO INTEGRATO**

La/lo psicologa/o del centro, valutate le singole situazioni ed i possibili fattori di rischio per l'equilibrio psicologico della donna, dell'uomo, della coppia e/o del nascituro, informa il medico della SC R PMA al fine di individuare interventi diagnostici/terapeutici più idonei per la coppia e/o il singolo. Tale informazione può avvenire in forma orale e/o scritta.

## **ESITI DEL NON TRATTAMENTO**

Mancata esplorazione delle problematiche emotive.

## **ALTRI PROBLEMI / NOTE / INTEGRAZIONI**

=====

## **PARTE C – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLA CONSULENZA PSICOLOGICA**

### **DICHIARO/DICHIARIAMO**

in pieno possesso delle nostre facoltà mentali:

- ✓ di aver ricevuto dalla/dallo Psicologa/o che ci ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'atto sanitario proposto e sulle modalità con cui esso verrà eseguito;
- ✓ di aver compreso quali potrebbero essere i potenziali rischi e inconvenienti della consulenza;
- ✓ di essere a conoscenza del fatto che il risultato sperato possa non essere raggiunto, anche in assenza di errori da parte del professionista e di aver compreso che sono possibili eventuali modifiche in caso di necessità clinica, in presenza di riscontri clinici non prima valutabili;
- ✓ di ritenere appropriato il tempo concesso per valutare le informazioni fornite, per porre eventuali domande e prendere serenamente delle decisioni;
- ✓ di aver informato la psicologa/o riguardo eventuali precedenti consulenze psicologiche riguarda la nostra infertilità/sterilità
- ✓ di aver informato la psicologa/o riguardo a consulenze e/o trattamenti psicologici e/o psichiatrici in atto;
- ✓ di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze.

### **PERTANTO DICHIARO/DICHIARIAMO**

**ACCONSENTIRE**       **NON ACCONSENIRE**

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, alla **consulenza psicologica** da parte del centro PMA di Trieste, SC R Procreazione Medicalmente Assistita dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo le modalità previste dalle norme vigenti.

### **DICHIARO/DICHIARIAMO**

- ✓ di aver ricevuto dalla/o psicologa/o esaurienti e chiare informazioni sulle finalità dei **test psicologici** proposti che saranno (specificare):  
.....
- ✓ di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze

### **PERTANTO DICHIARO/DICHIARIAMO**

**ACCONSENTIRE**       **NON ACCONSENIRE**

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, all'esecuzione di **test psicologici e/o psicodiagnostici** da parte del centro PMA di Trieste, SC R Procreazione Medicalmente Assistita dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo le modalità previste dalle norme vigenti;

### **DICHIARO/DICHIARIAMO**

in pieno possesso delle nostre facoltà mentali:

- ✓ di aver ricevuto dalla/o psicologa/o esaurienti e chiare informazioni sulle finalità dell'**intervento decisionale, dell'intervento di sostegno** e del **trattamento psicoterapeutico** proposti.
- ✓ di essere a conoscenza che la durata dell'intervento psicoterapeutico, pur non essendo definibile a priori, è ipotizzabile che si articoli in un ciclo di 8 sedute, con ciclo ripetibile;
- ✓ di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze.

*Sottoscrizione dei consensi informati all'intervento informativo, di sostegno e/o al trattamento psicoterapeutico a supporto delle tecniche di PMA omologa o eterologa*

**PERTANTO DICHIARO/DICHIARIAMO**

**ACCONSENTIRE**

**NON ACCONSENIRE**

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza:

- all'**intervento decisionale** in data ..... Firma assistita.....  
Firma assistito.....  
Firma psicologo/a .....
- all'**intervento di sostegno** in data ..... Firma assistita.....  
Firma assistito.....  
Firma psicologo/a .....
- al **trattamento psicoterapeutico** in data ..... Firma assistita.....  
Firma assistito .....
- Firma psicologo/a .....

da parte del centro PMA di Trieste, SC R Procreazione Medicalmente Assistita dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo le modalità previste dalle norme vigenti.

**Ogni intervento avviene nel rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani**

**PARTE D – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLA RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGICA E FORMAZIONEI**

**DICHIARO/DICHIARIAMO**

in pieno possesso delle nostre facoltà mentali:

- ✓ di aver ricevuto dalla/o psicologa/o esaurienti e chiare informazioni sulle finalità degli studi clinici, epidemiologici o volti alla formazione dei professionisti,
- ✓ di aver ricevuto la garanzia di trattamento dei miei dati personali in forma aggregata ed anonima per detti studi scientifici proposti.

-----  
Data

L'assistita (firma leggibile)

L'assistito (firma leggibile)

**PARTE H – ACQUISIZIONE DEL CONSENSO A FORNIRE INFORMAZIONI SANITARIE A TERZI**

**RICHIEDIAMO**

- che i dati relativi al nostro stato di salute e/o ai relativi trattamenti terapeutici e/o esiti delle indagini diagnostiche NON siano trasmessi ad alcun soggetto terzo.
- che i dati relativi al nostro stato di salute e/o ai relativi trattamenti terapeutici e/o esiti delle indagini diagnostiche siano trasmessi ai soggetti coinvolti nel percorso di cura, per la durata dello stesso.:

-----  
Data

L'assistita (firma leggibile)

L'assistito (firma leggibile)

**PARTE I – DIRITTO ALL’OSCURAMENTO DI SINGOLI EPISODI CLINICI**

Noi sottoscritti, in qualità di coppia oppure  Io sottoscritta (donna) o  Io sottoscritto (partner)

**RICHIEDIAMO/RICHIEDO ALLA SC R PMA DELL’IRCCS BURLO GAROFOLO**

l’oscuramento degli episodi clinici di seguito elencati:

.....  
.....  
.....  
.....

l’attivazione dell’“oscuramento dell’oscuramento” della scelta di oscurare uno o più episodi clinici.

Data

L’assistita (firma leggibile)

L’assistito (firma leggibile)

**PARTE L – DIRITTO DI REVOCA**

Noi sottoscritti, in qualità di coppia oppure  Io sottoscritta (donna) o  Io sottoscritto (partner)

**DICHIARIAMO/DICHIARO DI VOLER REVOCARE IL CONSENSO**

- all’intervento psicologico
- al trattamento dei dati personali e sensibili
- alla esecuzione di test psicologici e/o psicodiagnostici
- all’intervento informativo, di sostegno e/o al trattamento psicoterapeutico
- all’informazione sanitarie a terze parti

Data

L’assistita (firma leggibile)

L’assistito (firma leggibile)