

CONSENSO INFORMATO SCONGELAMENTO E SUCCESSIVO TRASFERIMENTO EMBRIONALE

Sig.ra _____

nata a _____ il _____

Doc. _____ n° _____

Rilasciato da _____ il _____

Sig. _____

nato a _____ il _____

Doc. _____ n° _____

Rilasciato da _____ il _____

Dopo colloquio col Medico Responsabile del trattamento, autorizzano il personale del Laboratorio del Reparto di PMA della Casa di Cura Privata Nuova Villa Claudia a scongelare n° _____ embrioni generati a seguito del tentativo di fecondazione in vitro effettuato il _____ presso _____ e a proseguirne la coltura in vitro.

I sottoscritti acconsentono al trasferimento degli embrioni sopravvissuti dopo scongelamento.

Eventuali embrioni sopravvissuti e non trasferiti saranno crioconservati nuovamente.

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 vitali sopra indicato.

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 il trasferimento embrionario.

Roma _____

Firma

Firma

Il Responsabile del Trattamento

Il Responsabile del Centro
