



Consenso informato
All’Inseminazione Artificiale Omologa (IAO)

24 gennaio 2015
pagina 1 di 2

CONSENSO INFORMATO ALL’INSEMINAZIONE ARTIFICIALE OMOLOGA

Noi sottoscritti

Sig.ra _____ nata a _____ il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residenti a _____

alla luce delle ampie delucidazioni che abbiamo ricevuto dai medici del Centro I.I.R.M. a cui ci siamo rivolti in merito alla nostra condizione d’ infertilità, alle modalità di esecuzione della tecnica ed informati sulle attuali disposizioni legislative (Legge Federale concernente la procreazione con assistenza medica del 18/12/1998), **manifestiamo la volontà** di accedere alla pratica medica di PMA di I° livello denominata “inseminazione artificiale omologa” (IAO) che ha lo scopo di ottenere una gravidanza.

Il liquido seminale viene generalmente depositato a livello sopracervicale, in particolare in sede intra-uterina per cui il trattamento può essere altresì denominato IUI (inseminazione intra-uterina) in riferimento alla tecnica di inseminazione.

Dichiariamo di essere stati chiaramente informati che:

- Il consenso alla tecnica di cui appresso si specifica, si intende formulato per massimo 3 cicli di IAO, a meno che non si ottenga prima la gravidanza.
- La tecnica non garantisce la gravidanza e siamo stati peraltro informati in merito alle probabilità di successo dell’inseminazione artificiale con seme omologo (10-20% in relazione all’età femminile ed al tipo di infertilità).
- L’ evidenza clinica dimostra che, per essere efficace, la IAO deve essere associata ad una blanda stimolazione ovarica allo scopo di indurre la maturazione contemporanea di 2-3 follicoli. Questa espone ad un rischio di gravidanza gemellare del 20% e di gravidanza tripla del 2%. Qualora il numero di follicoli preovulatori risultasse superiore a 3, la IAO può essere sospesa per l’aumentato rischio di gravidanze plurigemellari. In questo caso, é anche necessario astenersi dai rapporti sessuali.
- Pur essendo la IAO una tecnica con un grado di invasività minima, esistono rischi ed effetti collaterali, in particolare:
 - Sindrome da iperstimolazione ovarica conseguente alla stimolazione (incidenza=0.3%). Questa complicanza si manifesta con aumento del volume delle ovaie, versamento di liquidi in addome, emocoagulazione con eventuali rischi di fenomeni tromboembolici e insufficienza renale acuta. Questa complicanza richiede il ricovero ospedaliero.
 - Gravidanza extra-uterina (incidenza = 3%). Questa complicanza richiede quasi sempre un intervento chirurgico per l’asportazione della tuba.
 - Gravidanza multipla (vedere sopra).
- Non esistono attualmente test sul liquido seminale in grado di garantire che gli spermatozoi (anche di pazienti normospermici) fertilizzino gli ovociti.
- Esistono esami diagnostici in grado di mettere in evidenza la maggior parte delle malformazioni fetali e delle anomalie cromosomiche durante la gravidanza. La villocentesi o l’amniocentesi è fortemente raccomandata, in particolar modo, alle pazienti con età superiore a 36 anni.



Consenso informato
All’Inseminazione Artificiale Omologa (IAO)

24 gennaio 2015
pagina 2 di 2

- L’eventuale gravidanza ottenuta con IAO e’ una gravidanza da concepimento “in vivo” e, quindi, non implica problematiche bioetiche e conseguenze sul nato e sui genitori diverse da quelle di un concepimento naturale.
- In rapporto alla multivalenza e ai complessi significati personali o di coppia che la condizione di infertilità può avere, ed agli eventuali effetti psicologici negativi conseguenti al fallimento della metodica, il Centro mette comunque a disposizione la consulenza di uno psicologo.
- Dichiariamo di essere stati chiaramente informati sui costi del trattamento.

Con la seguente sottoscrizione, sotto nostra esclusiva responsabilità, dichiariamo:

di essere legalmente coniugati ovvero stabilmente conviventi dal _____
di essere di sesso diverso _____
di anni _____ (lei), e _____ (lui)
di ricercare una gravidanza da _____ anni

PARTNER FEMMINILE

PARTNER MASCHILE

Documento.....
N.....
Rilasciato il.....
da.....
Firma.....
Data.....

Documento.....
N.....
Rilasciato il.....
da.....
Firma.....
Data.....

Firma del medico..... in data.....