

**TRASFERIMENTO DI GAMETI/ZIGOTI/EMBRIONI AD ALTRO MEDICO  
CON AUTORIZZAZIONE ALLA MEDICINA DELLA  
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA**

Il formulario deve essere redatto in duplice copia in originale

fecondazione eterologa       fecondazione omologa

Dati riguardanti la coppia:

Signora .....	(cognome e nome)
nata a .....	il .....
Signor .....	(cognome e nome)
nato a .....	il .....
Residenti a .....	
In via .....	tel./fax .....
In caso di fecondazione eterologa: data del matrimonio della coppia: .....	

**Le sopraccitate persone:**

1. **Acconsentono** al trasferimento di pailletes (specificare il N = . . . . . ) contenenti gameti/  
zigoti/embrioni crioconservati (specificare N = . . . . . )

dal dottor .....

(cognome e nome)

operante presso il Centro A .....

(nome e indirizzo)

al dottor.....

(cognome e nome)

operante presso il Centro B .....

(nome e indirizzo)

2. **Autorizzano** il trasferimento della seguente documentazione al dottor :

.....  
(cognome e nome)

- copia della cartella sanitaria (facoltativo)
- copia della documentazione (obbligatoria) concernente:
  - a) il prelievo degli ovociti
  - b) la fecondazione degli ovociti
  - c) la crioconservazione di gameti/zigoti/embrioni. Specificare il metodo:
    - slow freezing sotto PROH
    - 0.1 M sucrosio su Planer

Data e firma della coppia

Signora: ..... Signor: .....

Data: .....

**Trasporto**

1. Responsabile per il ritiro e corretto trasporto del materiale dal Centro A al centro B:

.....  
(indicare la ditta e l'indirizzo)

2. Presa in consegna di gameti/zigoti/embrioni da parte della ditta di spedizione.

Consegnate N ..... paillettes per un totale di N ..... gameti/zigoti/embrioni  
il giorno .....

Firma del medico per la consegna di gameti/zigoti/embrioni e verifica dell'appropriatezza del  
contenitore per il trasporto:

Centro: .....

Cognome, nome del medico: .....

Firma: .....

3. Presa in consegna da parte del Centro B di gameti/zigoti/embrioni.

Il Medico .....  
(cognome e nome)

conferma di aver ricevuto:

- N. .... paillettes
- N. .... di gameti/zigoti/embrioni
- La documentazione completa

Data e firma del medico del Centro

Data: ..... Firma: .....