**Dichiarazione di consenso alla sterilizzazione volontaria** 

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DICHIARO

di aver intrattenuto, con il dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un esauriente colloquio di chiarimento e approfondimento relativo alla mia libera richiesta di sterilizzazione chirurgica;

di aver letto attentamente il foglio informativo sulla sterilizzazione chirurgica consegnatomi in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di averne compreso interamente il contenuto;

di aver ricevuto dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tutte le spiegazioni da me richieste ed utili per la piena comprensione della procedura;

di essere pienamente cosciente che l ìntervento chirurgico di sterilizzazione è da considerarsi un metodo contracettivo definitivo, con conseguente impossibilità ad generare nel futuro, anche qualora le mie esigenze personali dovessero mutare rispetto ad oggi;

di aver ben compreso le indicazioni fornite dal medico secondo cui dovrò sottopormi ad almeno 2 spermiogrammi consecutivi a distanza di due / tre mesi dall’intervento per verificare l’instaurarsi del quadro di azoospermia da me richiesto;

di essere stato informato che sará necessario utilizzare un metodo contraccettivo ausiliario finché non sarà confermata la totale assenza di spermatozoi nell’eiaculato;

di autorizzare liberamente e consapevolmente il dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ad effettuare l’atto chirurgico di Vasectomia bilaterale a scopo contraccettivo.

Dichiaro altresi di aver ben compreso il carattere definitivo di questo intervento, nonostante sia tecnicamente possibile tentare una ricanalizzazione dei deferenti (reversal) ed il prelievo di gameti dal testicolo ai fini di una procreazione assistita. Mi é stato prospettato che queste tecniche non possono garantire risultati sicuri in termini di ripristino della fertilità.

So, che i costi die EURO 500,00 per l’intervento e per gli esami del eicaulato, non vanno pagato dalla cassa malatia ma da me.

Dichiaro di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato proposto e spiegato e di non avere ulteriori chiarimenti da chiedere.

Data e Firma del Paziente Data e Firma del Medico