



MOVIMENTAZIONE DI MATERIALE BIOLOGICO CRIOCONSERVATO

Spett.le dr./dr.ssa _____

Il nostro Centro:

Denominazione: _____ codice TE _____

sito a _____ in via _____

Responsabile _____ contatti: _____

conforme alle direttive nazionali e internazionali DLgs 191/2007-16/2010 (IT) e s.m.i., 2004/23/CE 2006/17/CE,
2006/86/CE

Per conto del/della/dei Signor/Signora/Signori

_____ (vedi richiesta allegata)

RICHIEDE LA MOVIMENTAZIONE DEL MATERIALE CRIOCONSERVATO presso di voi.

In qualità di Centro PMA ricevente, vi richiediamo quindi la compilazione e il re-invio del seguente documento
compilato in ogni sua parte (n.5 pagine in totale)



PARTE 1: IDENTIFICAZIONE DEL ISTITUTO DEI TESSUTI - CENTRO INVIANTE

Denominazione: _____ codice TE _____

sito a _____ in via _____

Responsabile _____ contatti: _____

conforme alle direttive nazionali e internazionali DLgs 191/2007-16/2010 (IT) e s.m.i., 2004/23/CE 2006/17/CE, 2006/86/CE

PARTE 2: IDENTIFICAZIONE E CONFORMITA' DEL MATERIALE CRIOCONSERVATO

Tipologia di cellule

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> OVOCITI OMOLOGHI | <input type="checkbox"/> SPERMATOZOI OMOLOGHI |
| <input type="checkbox"/> OVOCITI di donatrice | <input type="checkbox"/> SPERMATOZOI di donatore |
| <input type="checkbox"/> EMBRIONI OMOLOGHI | |
| <input type="checkbox"/> EMBRIONI ottenuti con ovociti OMOLOGHI e seme ETEROLOGO | |
| <input type="checkbox"/> EMBRIONI ottenuti con ovociti ETEROLOGHI e seme OMOLOGO | |
| <input type="checkbox"/> EMBRIONI ottenuti con ovociti ETEROLOGHI e seme ETEROLOGO | |
| <input type="checkbox"/> MATERIALE BIOPTICO FEMMINILE | <input type="checkbox"/> MATERIALE BIOPTICO MASCHILE |

Motivo di crioconservazione per materiale femminile o di coppia

- Mancato trasferimento per motivi di salute
- Sovrannumero
- Preservazione fertilità (in caso di ovociti)
- ALTRO:

Motivo di crioconservazione liquido seminale

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Per scopi psicologici | <input type="checkbox"/> Da ago aspirato (TESA) |
| <input type="checkbox"/> Per parametri seminali alterati | <input type="checkbox"/> Da prelievo bioptico (TESE) |
| <input type="checkbox"/> Preservazione fertilità | <input type="checkbox"/> ALTRO: |

Presenza del Consenso Informato alla Crioconservazione

SI *vedi copia allegata* NO *motivo* _____

Informazioni sulla metodica di Crioconservazione

tipologia di dispositivo _____ LOTTO N. _____

Medium di congelamento _____ LOTTO N. _____



Metodo di congelamento:

LENTO RAPIDO VITRIFICAZIONE

PROTOCOLLO CONGELAMENTO
UTILIZZATO

(In Alternativa allegare PROCEDURA)

PROTOCOLLO SCONGELAMENTO
CONSIGLIATO

(In Alternativa allegare PROCEDURA)

Dettaglio del materiale

OVOCITI: OMOLOGHI DA DONAZIONE ID DONATRICE _____

DATA Congelamento		codice identificativo		n° ovociti		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		n° ovociti		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		n° ovociti		n° dispositivi totali	

Compilare con attenzione o allegare copia di documento di dettaglio

SPERMATOZOI: OMOLOGHI DA DONAZIONE ID DONATORE _____

DATA Congelamento		codice identificativo		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		n° dispositivi totali	

Compilare con attenzione o allegare copia di documento di dettaglio

EMBRIONI COPPIA _____

DATA Congelamento		codice identificativo		N° EMB per carrier		stadio di sviluppo		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		N° EMB per carrier		stadio di sviluppo		n° dispositivi totali	
DATA Congelamento		codice identificativo		N° EMB per carrier		stadio di sviluppo		n° dispositivi totali	

Compilare con attenzione o allegare copia di documento di dettaglio

In caso di campioni crioconservati in più eventi di crioconservazione, dettagliare nello spazio sottostante:



Dettaglio infettivologia donna ♀

Marker	Data	Esito	Note
HBsAg			
Anti-HBc			
Anti-HCV			
HIV1-2			
Altro:.....			

. Compilare con attenzione o allegare copia dei referti di dettaglio

Dettaglio infettivologia uomo ♂

Marker	Data	Esito	Note
HBsAg			
Anti-HBc			
Anti-HCV			
HIV1-2			
Altro:.....			

. Compilare con attenzione o allegare copia dei referti di dettaglio

Dettagliare qui ulteriori informazioni utili relativi all'infettivologia (da decreti regionali)

. Compilare con attenzione o allegare copia dei referti di dettaglio

Si prega il Centro Inviante di contrassegnare il quadratino per la verifica di eventuali allegati aggiunti alla presente documentazione secondo i requisiti di legge vigenti in materia.

DESCRIZIONE	CONFERMA PRESENZA	
Dichiarazione di acquisizione del Consenso informato al congelamento o copia dello stesso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Descrizione del materiale crioconservato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Esami infettivi presenti alla crioconservazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Operatore del centro inviante che gestisce il trasferimento:

Cognome e Nome: _____

Recapito _____

Firma: _____