



U.O. di UROLOGIA
Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita
Responsabile: Dr. Angelo Montemurro

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE PAZIENTE SUL VIRUS ZIKA

La informiamo in merito alla diffusione del virus Zika ed in funzione delle raccomandazioni del Centro Nazionale Trapianti per la donazione di organi, tessuti, cellule staminali emopoietiche e gameti. Il Servizio di PMA ha deciso di adottare le misure preventive raccomandate del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC). Il virus Zika è presente principalmente in Centro e Sud America, ma è stato segnalato anche in molti altri Paesi dell'Asia, dell'Africa e del Pacifico. Per un elenco completo delle zone a rischio consultare il sito:

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/epidemiological-situation.aspx.

Pertanto i **centri di PMA/Banche del seme** devono sospendere il prelievo di **sperma** da donatore (omologo e eterologo) per un periodo di **6 mesi**, successivo al ritorno dalle zone in cui è segnalata la diffusione del virus. La raccolta può essere eseguita prima dei **6 mesi** solo se viene effettuato un test con tecnica NAT su un campione di liquido seminale del paziente e il risultato è negativo. Per quanto riguarda le **donatrici omologhe ed eterologhe di gameti e tessuto ovarico** femminili, in caso di diagnosi di infezione da virus Zika, il prelievo potrà essere eseguito trascorsi **28 giorni** dalla cessazione dei sintomi. Per quanto riguarda le pazienti asintomatiche che abbiano soggiornato in una delle aree indicate nella lista dell'**ECDC**, si raccomanda di sospendere il prelievo di gameti femminili per **28 giorni** dopo il ritorno dall'area affetta.

Si ricorda che l'infezione da virus Zika è asintomatica nella maggior parte dei pazienti. I sintomi più comuni sono rappresentati da febbre, eruzione cutanea, artromialgie, congiuntivite e cefalea. Il periodo di incubazione è da pochi giorni a una settimana e i sintomi si risolvono generalmente nell'arco di 7 giorni.

Pertanto i sottoscritti:

Nome e cognome: _____ Luogo di nascita _____ nato/a il _____
(partner femminile)

Nome e cognome: _____ Luogo di nascita _____ nato/a il _____
(partner maschile)

Nel caso di presenza di:

Interprete e/o Testimone: NO SI

DICHIARANO DI:

essere stati informati dal Dott./Dott.ssa e di:

AVER soggiornato nelle zone a rischio negli ultimi 6 mesi **NON** aver soggiornato nelle zone a rischio negli ultimi 6 mesi

Data _____

Ora _____

FIRMA DEL PARTNER FEMMINILE

FIRMA DEL PARTNER MASCHILE

TIMBRO E FIRMA
del MEDICO GINECOLOGO

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete:

FIRMA INTERPRETE E/O TESTIMONE

Il trattamento dei dati personali è conforme alle disposizioni contenute nel **D.LGS. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali**.

Mod.09/PMA/ Informativa e dichiarazione paziente sul virus /Rev.0/Marzo 2017