**PRESERVAZIONE FERTILITA’ FEMMINILE**

**Preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche**

L’ utilizzo di chemioterapie o radioterapie comporta un danno alla funzione ovarica con conseguente decurtazione del patrimonio follicolare che non può essere sostanzialmente prevenuta mediante protezione farmacologica (GnRHsuperagonista). Risulta oramai accettata come tecnica non più sperimentale la crioconservazione degli ovociti ottenuti dopo induzione della crescita follicolare multipla con gonadotropine ed eventuale associazione di inibitori dell’ aromatasi ( se necessari per ridurre i livelli di estrogeni raggiunti). Tale procedura richiede prima dell’ inizio di chemio/radioterapia una stimolazione ovarica per 10-14 gg che può essere iniziata in qualunque fase del ciclo ovarico ( *random start stimulation* ), successivamente una sedazione profonda ed infine un’ agoaspirazione ovarica per via transvaginale. Il tempo richiesto dall’ intera procedura e stimabile tra le 2-3 settimane prima che la paziente possa essere riaffidato all’oncologo/ematologo per le terapie specifiche. Non esistono, allo stato, evidenze che tale procedura abbia un impatto negativo in termini prognostici così come una gravidanza dopo trattamento per patologia oncologica non sembra essere gravata da rischi aggiuntivi rispetto ad una gravidanza insorta in pazienti non oncologiche. L’avvio del percorso è subordinato ad una consulenza preliminare da eseguirsi presso la SSD PMA dell’ Azienda sanitaria “Friuli occidentale” Presidio Ospedaliero per la Salute di Sacile quanto prima possibile sfruttando così al meglio il tempo disponibile prima dell’inizio delle terapie ovarotossiche. Un ritardo eccessivo nel riferire la paziente può essere causa di non candidabilità della paziente alla preservazione della fertilità mediante stimolazione ovarica e vitrificazione ovocitaria. La crioconservazione di tessuto ovarico pur ovviando alla necessità di stimolazione ovarica per 10-14 gg è, dal maggior numero dei centri, considerata una procedura ancora sperimentale nonostante siano più di 100 le gravidanze al mondo ottenute con questa metodica.

La S.S.D. di Procreazione Medicalmente Assistita, **richiede** al medico curante o allo specialista di prescrivere alla paziente

1. **Accertamenti Clinici richiesti**

* Emogruppo + fattore Rh
* PT
* APT
* Emocromo

NB: in caso di riduzione del VCM o alterazioni morfologiche degli eritrociti:

* Dosaggio Emoglobine Anomale
* Resistenze Osmotiche Globulari
* AMH
* Beta HCG
* Virus HIV 1-2 anticorpi
* Virus Epatite B HBV (**HBsAg)** - oppure HBV NAT
* Virus Epatite B HBV **(anticorpi** **HBcAg**)
* Virus Epatite C HCV anticorpi - oppure HCV NAT
* Screening sifilide (VDRL e TPHA)
* Virus Rosolia anticorpi IgG - IgM
* Toxoplasma anticorpi IgG - IgM
* Citomegalovirus anticorpi IgG - IgM

1. **Prestazioni in richieste separate:**
2. Controllo ginecologico
3. Monitoraggio ecografico dell’ovulazione
4. Agoaspirazione eco guidata dei follicoli

d) Crioconservazione spermatozoi/ovociti/tessuto gonadico**.**

1. **Breve relazione clinica della paziente** specificando patologia e terapie.

La paziente **RESIDENTE in REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA** con **esenzione 048**, non avrà spese connesse con la procedura.

La paziente **NON RESIDENTE in REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA ed in possesso di esenzione 048,** per poteressere esente dalle spese connesse alla crioconservazione, dovrà produrre documentazione relativa all’**Autorizzazione per l’erogazione di prestazioni per la PMA previste dal DGR n° 61 del 16 gennaio 2015 :** al momento della programmazione della procedura verranno consegnati alla paziente due moduli, (MO\_29 e MO\_28) **che dovranno essere presentati all’ufficio competente del Distretto Sanitario di appartenenza** per la firma alla procedura stessa; ottenuta risposta scritta si dovrà farla pervenire alla SSD di Procreazione Medicalmente Assistita entro il giorno previsto per l’induzione anche con autorizzazione negata o non conforme; in ogni caso la paziente potrà effettuare la crioconservazione come pagante in proprio ed eventualmente richiedere il rimborso della spesa effettuata.

**Il paziente deve presentarsi con un documento d’identità valido e tutta la documentazione clinica in suo possesso.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Paziente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_