



Consentement en vue d'une tentative au Centre AMP St Roch

Nom, Prénom :
Date de naissance :

Nom, Prénom :
Date de naissance :

Certifie/Certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), justifiées lors de mon/notre demande d'AMP du : / / sont toujours remplies.

- Je m'engage/Nous nous engageons à informer l'équipe médicale, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant ma/notre situation familiale et mon/notre lieu de résidence.
- Je m'engage/Nous nous engageons à informer l'équipe médicale, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute exposition à des virus liés à un contexte épidémique et/ou de voyage dans un pays tropical qui pourrait avoir été touché par les virus concernés (en particulier exposition Zika lors des 6 derniers mois, Ebola lors des 6 dernières semaines).

Et en conséquence, je/nous donnons notre consentement pour (*cocher la technique retenue*) :

INSEMINATION (IIU) (30€ HN par tentative : Identitovigilance RI Witness)

- Insémination intra-utérine intraconjugale
- Insémination intra-utérine avec tiers donneur *

FECONDATION IN VITRO (FIV) suivie de transfert d'embryons. Accord pour transférer : embryons (50€ HN par tentative : Identitovigilance RI Witness)

- FIV intraconjugale
- FIV avec tiers donneur *
- FIV avec micro-injection (ICSI) intraconjugale
- FIV avec micro-injection (ICSI) avec tiers donneur *
- IMSI (260€ HN)
- EMBRYOSCOPE

* Dans ce cas, nous certifions avoir donné notre consentement à l'AMP avec tiers donneurs devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil

Lors de cette tentative, vous aurez peut-être des ovocytes et/ou des embryons surnuméraires dépassant le nombre raisonnable à transférer en une seule fois. Certains embryons non transférés peuvent être cryoconservés. Les embryons qui résisteront au processus pourront être transférés ultérieurement, en un ou plusieurs cycles. Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe sur une éventuelle cryoconservation. Vous êtes libres de refuser, auquel cas, nous serions amenés à limiter le nombre d'ovocytes à féconder in vitro pour vous transférer la totalité des embryons obtenus

- Accord pour la cryoconservation des embryons non transférés (aptes à être congelés) Refus

TRANSFERT D'EMBRYONS CONGELES (TEC) (30€ HN par tentative : Identitovigilance RI Witness)

- TEC. **Rappel pour les couples : Présence obligatoire des 2 membres**

Autorisation de décongélation des embryons

Après discussion et accord avec mon/notre gynécologue référent, je / nous souhaitons le transfert de

- 1 embryon / 2 embryons dont je/nous autorisons la décongélation du nombre de paillettes nécessaires

PRESERVATION FERTILITE

- Cryoconservation ovocytaire

Agence de BioMédecine

- Accord pour la transmission des données nominatives à l'ABM
- Refus de la transmission des données nominatives à l'ABM

Recherche et utilisation des gamètes et embryons (cf Demande d'AMP)

- Accord pour l'utilisation des gamètes et embryons pour l'apprentissage et l'amélioration des techniques d'AMP Refus

En signant ce consentement, je m'engage à régler l'ensemble des frais liés à la procédure, si ma prise en charge sécurité sociale n'est pas à jour.

Fait le : / /

(Signature(s) précédée(s) de la mention "lu et approuvé")

Vérification d'identité par :

AMP-R5-ENR-009 - Consentement en vue d'une tentative au Centre AMP St Roch

Date d'application : 19/05/2023

Version : 10

Page 1/1