



Confirmation de la demande d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

Je / Nous, soussigné(s),

Nom marital :

Nom marital :

Nom de naissance :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né(e) le :

Domiciliés :

Certifie/Certifions demander une prise en charge dans le centre d'AMP en vue d'une :

- Fécondation In Vitro (FIV) Fécondation In Vitro avec microinjection (ICSI)
 Insémination Intra Utérine (IIU) Transfert d'embryon congelé (TEC)
 Biopsie testiculaire Préservation fertilité (Cryoconservation ovocytaire)

Après un délai légal de réflexion d'**un mois**, et après avoir reçu une information claire et appropriée, je certifie/nous certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une AMP sont remplies.

- Donne mon accord/Donnons notre accord pour la cryoconservation des embryons obtenus et non transférés aptes à être congelés et/ou des ovocytes.
 Refusons la congélation et la cryoconservation des embryons (dans ce cas le nombre d'ovocytes mis en fécondation sera limité)

Je / Nous sommes informés que, en vertu de la loi 2021-1017 du 02/08/21 nous serons consultés tous les ans dans le cadre de la cryoconservation sur le maintien de notre projet parental (dans le cas des embryons en l'absence de réponse ils seront détruits au bout de 5 ans)

Accepte/Acceptons de nous conformer aux modalités pratiques et aux contraintes réglementaires en vigueur de la technique d'AMP que nous allons subir, telles qu'elles sont expliquées dans le guide « Assistance Médicale à la Procréation » (site de l'Agence de la Biomédecine) et présentées sur la « Feuille de route » dont j'ai/nous avons pris connaissance.

Je certifie/Nous certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur :

- Les différentes techniques d'AMP, les effets secondaires et les risques liés notamment à la stimulation, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées.
- Les probabilités de concevoir naturellement, les probabilités de réussite en termes de naissance après AMP, le risque de grossesses multiples et l'état des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Les différents projets parentaux, y compris l'adoption.

Je déclare/ Nous déclarons également avoir été informés de la possibilité de révoquer mon/notre consentement avant toute intervention et qu'il ne pourra être procédé à une AMP en cas de renoncement à mon/notre projet parental (en cas de dissolution de notre couple ou à un décès de l'un d'entre nous).

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 lié 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).

Paraphe(s)

-RGPD et le traitement des données personnelles : j'ai/nous avons été informés des modalités de traitement de nos données personnelles requises pour assurer notre prise en charge et la réalisation de statistiques anonymes au sein du centre (Cf information sur la protection des données personnelles RGPD sur le site ivf-france.fr) et de l'utilisation des données anonymisées pour la réalisation d'analyses statistiques anonymisées pour estimer les taux de réussite au sein du centre.

- Amélioration des techniques d'AMP et formation : En France, la recherche sur l'embryon est autorisée mais sous conditions strictes et fixées par les lois de Bioéthique (Agence de la Biomédecine). En revanche, dans le cadre de la prise en charge et avec votre accord, vos gamètes et embryons peuvent-être utilisés pour l'amélioration des techniques d'AMP (milieu de culture, matériel) ou pour la formation du personnel (dans ce cas il s'agira de gamètes et d'embryons non viables).
 Accord pour participation à l'amélioration des techniques d'AMP et à la formation Refus

1-Nous déclarons avoir été informés des données actuelles concernant le risque obstétrical ou dans quelques cas, le risque génétique en ICSI.

A savoir, compte tenu du recul pour la technique d'ICSI, notamment pour des oligozoospermies sévères, le risque modérément augmenté de transmettre :

- L'infertilité masculine à votre enfant si celui-ci est un garçon
- Une maladie génétique inconnue ou non détectable à ce jour en routine.
- Des malformations génito-urinaires ou autres.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site internet de l'agence de la biomédecine : **www.agence-biomedecine.fr** et le site Fivfrance : **www.fivfrance.com**

2-Nous sommes informés qu'à chaque étape de la tentative AMP (Recueil de sperme, autoconservation de sperme, insémination, FIV, ICSI, Transfert d'embryons frais ou congelés), une vérification de l'identité du couple sera systématique. Toutes les étapes de l'AMP nécessitent la présence du conjoint.

3-Nous attestons de la réalité de notre couple et notre motivation dans un projet parental. Je / Nous attestons sur l'honneur ne pas avoir de procédure de divorce en cours, ne pas être engagée avec une tierce personne.

4-Je m'engage/nous nous engageons à informer l'équipe pluridisciplinaire à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence.

5-Dans le cas du suivi de la grossesse, (Cocher l'un des deux cases)

- Accord pour être contactés afin d'effectuer un suivi de la grossesse téléphonique et postal.**
- Refus pour être contactés afin d'effectuer un suivi de la grossesse téléphonique et postal.**

6-Transmission des données nominatives à l'agence de la Biomédecine

- Accord pour la transmission des données nominatives des tentatives.**
- Refus pour la transmission des données nominatives des tentatives.**

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