



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

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Je certifie/nous certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) justifiées lors de la demande d'AMP 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 liée à un contexte épidémique et/ou de voyage (en particulier exposition au virus Zika lors des 6 derniers mois et Ebola lors des 6 dernières semaines).

En conséquence, je consens/nous consentons à bénéficier d'une ou des technique(s) suivante(s) :

▪ INSEMINATION (IIU)

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

▪ FECONDATION IN VITRO (FIV)

- FIV classique intraconjugale
- FIV avec micro-injection (ICSI) intraconjugale
- FIV avec micro-injection (ICSI) avec tiers donneur *
- Techniques particulières (signature devis obligatoire)
- IMSI / PICSI / ZYMOT / EMBRYOGLUE / EMBRYOSCOPE

Accord pour transférer : embryon(s)
(à remplir le jour du transfert avec le biologiste)

Lors de cette tentative, vous aurez peut-être des embryons surnuméraires dépassant le nombre raisonnable à transférer en une seule fois. Certains embryons non transférés peuvent être congelés pour être transférés ultérieurement, en un ou plusieurs cycles. Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe sur une éventuelle congélation. 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 congélation des embryons non transférés (aptés à être congelés) Refus

▪ TRANSFERT D'EMBRYONS CONGELÉS (TEC)

- TEC avec autorisation de décongélation des embryons et du nombre de paillettes nécessaire.

Après discussion et en accord avec le gynécologue référent, je souhaite/ nous souhaitons le transfert de :

- 1 embryon / 2 embryons

Rappel pour les couples : La présence des deux membres est obligatoire

▪ PRESERVATION FERTILITE

- Congélation d'ovocytes

Transmission des données à l'Agence de la Biomédecine (ABM)

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

Amélioration des techniques en AMP et formation

- Accord pour la participation à l'amélioration des techniques en AMP et à la formation
- Refus de participation

La signature de ce consentement engage à régler l'ensemble des frais liés à la procédure si la prise en charge sécurité sociale n'est pas à jour.

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

Fait le : / /

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

Vérification d'identité par :