Demande d’assistance médicale à la procréation

**Formulaire de consentement éclairé**

**Nous soussignées :**

Madame : …………………………….…………Madame : ………………………………………….

Prénom :………………………………………...Prénom :…………………………………………….

Nom de jeune fille : …………………………….Nom de jeune fille : ………………………………..

Née le : ………………………………………… Née le :……………………………………………….

Adresse commune : ……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………**Certifions :**

* Etre mariées ou en mesure d’apporter la preuve d’une vie commune \*
* Avoir été informées des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d’AMP adaptée à notre situation.
* Avoir eu connaissance des chances de réussite et d’échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d’ordre matériel, financier ou psychologique.
* Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques.
* Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que sur l‘état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
* Avoir reçu un guide d’information.
* Avoir compris les informations transmises par le Dr : ……………………………… et son équipe
* Demander d’un commun accord, une assistance médicale à la procréation.

Nous avons été informées de la possibilité de révoquer notre consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs. Dans ce cas, nous nous engageons à prévenir immédiatement l’équipe clinico-biologique par écrit.

Nous avons pris connaissance de la lettre d’information de l’Agence de la Biomédecine concernant la transmission des données de notre tentative et :

* donnons notre accord pour la transmission des données nominatives
* ne donnons pas notre accord pour la transmission des données nominatives à l’Agence de la Biomédecine.

Nous avons été informées et nous donnons notre accord à ce que des données de notre dossier soient utilisées de manière anonyme et rétrospective pour des études scientifiques. En cas de refus, cela ne changera rien à votre prise en charge.

* refus
* Nous attestons de l’absence de voyage depuis 1 an dans un pays tropical qui pourrait être touché par le virus du ZIKA : Asie du Sud, Indonésie, Afrique Centrale, Amérique Latine, Amérique du Sud, Iles tropicales.
  + Dans le cas contraire, vous devez en parler à votre médecin AVANT toute AMP.

Nous nous engageons à informer l’équipe du centre d’AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le \*…../……/……. Document rendu le \*…../……/……

Signature des 2 membres du couple

Madame, Madame,

**Pièces à joindre :**

* Photocopie de la carte d’identité + 1 photo d’identité pour chacun.
* Pour les couples mariés : Photocopie du livret de famille ou de la fiche familiale d’état civil,
* Pour les couples non mariés : Preuve de vie commune : Attestation de la mairie **ou** facture(s) à la même adresse au nom de chacun des deux membres du couple **ou** attestations de vie commune avec deux témoins (cf. modèle).

\**Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre.*

*(Document en deux exemplaires, un pour le patient et un pour le centre)*