

## 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)