

Demande d'assistance médicale à la procréation

Formulaire de consentement éclairé

Je soussignée :

Madame :

Prénom :

Nom de Naissance :

Née le :

Adresse :

.....
.....

Certifie :

- Avoir été informée des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à ma 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, une assistance médicale à la procréation.

J'ai été informée de la possibilité de révoquer mon consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs. Dans ce cas, je m'engage à prévenir immédiatement l'équipe clinico-biologique par écrit.

J'ai pris connaissance de la lettre d'information de l'Agence de la Biomédecine concernant la transmission des données de notre tentative et :

- Je donne mon accord pour la transmission des données nominatives
- Je ne donne pas mon accord pour la transmission des données nominatives à l'Agence de la Biomédecine.

J'ai été informée et je donne mon accord à ce que des données de mon 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
- J'atteste 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.

Je m'engage à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans ma situation familiale et mon lieu de résidence.

Document reçu le *...../...../.....

Document rendu le *...../...../.....

Signature

Madame,

Pièces à joindre :

- Photocopie de la carte d'identité + 1 photo d'identité.
- Attestation de domicile.

**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)*