

Demande d'assistance médicale à la procréation

Formulaire de consentement éclairé

Nous, soussignés :

Madame : Monsieur :

Prénom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Née le : Né le :

Adresse commune :

.....
.....

Certifions :

- Etre mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune *
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informés 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 informés 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 informés 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,

Monsieur,

Pièces à joindre :

- Photocopie de la carte d'identité + 1 photo d'identité pour la femme et pour l'homme
- 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)