

## CONSETEMENT EN VUE D'UNE FECONDATION IN VITRO AVEC TIERS DONNEUR

**Nous, soussignés,**

Madame : ..... Monsieur : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénoms : ..... Prénoms : .....

Née le : ..... Né le : .....

Adresse commune :

.....

..... Tél : .....

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies

### **Et consentons à une tentative d'AMP par Fécondation in Vitro avec tiers donneur (FIV-D)**

*Dans ce cas, nous certifions avoir donné notre consentement à l'insémination intra-utérine avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil*

Confirmons avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

*Ce consentement implique :*

- *La stimulation de l'ovulation*
- *La ponction folliculaire et la technique analgésique/anesthésique*
- *Le traitement du sperme de donneur*
- *La mise en fécondation in vitro et la culture embryonnaire*
- *Le transfert embryonnaire*

*Lors d'une tentative, le nombre d'embryons obtenus peut être supérieur au nombre d'embryons transférés. Dans ce cas, les embryons non transférés dits « surnuméraires » et présentant des critères de développement satisfaisants peuvent être congelés, afin d'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 mis en fécondation au maximum à trois ovocytes** (conformément à l'arrêté du 11 avril 2008).*

**Nous acceptons la congélation des embryons non transférés.** Dans ce cas une nouvelle technique appelée « vitrification » est désormais utilisée pour la congélation des embryons.

**Nous refusons la congélation d'embryons**

Nous certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

**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.

- o Dans le cas contraire, vous devez en parler à votre médecin AVANT toute AMP.

Fait à ....., le .....

Madame,

Monsieur,

---

### **A REMPLIR LE JOUR DU TRANSFERT**

**Donnons notre accord pour le transfert de ..... embryon(s) après entretien avec l'équipe clinico-biologique (facultatif). En l'absence du conjoint le jour du transfert, une procuration de sa part est indispensable.**

*Fait à ....., le .....*

Madame

Monsieur