

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

Je soussignée,

Madame :

Nom de jeune fille :

Née le :

Adresse:

.....

.....

Tél :

Certifie que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies

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

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

Confirme 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 libre 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).*

J'accepte la congélation des embryons non transférés. Dans ce cas une nouvelle technique appelée « vitrification » est désormais utilisée pour la congélation des embryons.

Je refuse la congélation d'embryons

Je certifie 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.

- 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.

Fait à, le

Madame,

A REMPLIR LE JOUR DU TRANSFERT

Donne mon accord pour le transfert de embryon(s) après entretien avec l'équipe clinico-biologique (facultatif).

Fait à, le

Madame