

## CONSENTEMENT EN VUE D'UNE FECONDATION IN VITRO avec ICSI D

**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 intraconjugale avec ICSI

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
- La mise en fécondation in vitro avec ICSI 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

*PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif susceptible de retentir sur votre prise en charge.*