



CONSENTEMENT EN VUE D'UNE FÉCONDATION *IN VITRO*



Nous, soussignés,

Madame

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénoms :

Née le :

Adresse commune :

Tél. fixe :

Monsieur

NOM :

Prénoms :

Né le :

Tél. Portable :

Certifions que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande initiale, sont toujours remplies ;

Et consentons à une tentative d'AMP par Fécondation *in Vitro* intraconjugale type :

- Fécondation *in vitro* classique**
- Fécondation *in vitro* avec micro-injection (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.

Confirmons avoir été conviés à une réunion d'information.

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 3 août 2010).

- Nous acceptons la congélation des embryons non transférés**
- 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.

Fait à :

Le :

Signature

Madame

Monsieur

PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif (situation maritale, adresse) susceptible de retentir sur votre prise en charge.