



C1 – ENR 004 version 2

Consentement : Demande d'Assistance Médicale à la Procréation

Nous, soussignés,

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Né(e) le :	Né(e) le :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Tel :	Tel :

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord une Assistance Médicale à la Procréation, dans le cadre de notre projet parental, le/...../.....

Certifions :

- ne pas être engagés avec une tierce personne
- partager une vie commune
- ne pas avoir de demande en cours dans un autre Centre d'AMP,
- avoir pris connaissance du dossier guide de l'ABM et avoir été informés des différents projets parentaux, y compris de l'adoption, ainsi que des différentes techniques d'Assistance Médicale à la Procréation et de leurs conséquences. (Informations consultables sur le site Internet du Centre et de l'ABM, ou remises sur demande en format papier).

Avons pris connaissance des limites d'âge légales pour réaliser une AMP (décret n°2021-1243 de la loi de bioéthique n°2021-1017) :

- Pour la femme qui souhaite être enceinte : il faut avoir moins de 43 ans pour réaliser une ponction ovocytaire en vue d'une FIV et moins de 45 ans pour bénéficier d'une Insémination Intra-Utérine, ainsi que d'un transfert d'embryon congelé.
- Pour le compagnon ou la compagne : il faut avoir moins de 60 ans pour bénéficier d'une AMP.

Acceptons que les données nominatives informatisées et sécurisées de notre dossier soient communiquées avec l'accord de la CNIL à l'Agence de Biomédecine, établissement public national placé sous la tutelle du ministère de la santé chargé d'évaluer les conséquences des activités de l'Assistance Médicale à la Procréation sur les couples et les enfants.

Acceptons que des données médicales non nominatives soient utilisées à des fins de recherche médicale.

Acceptons que l'ensemble de la prise en charge et des gestes techniques soit assurés indistinctement par les femmes ou les hommes constituant le personnel soignant.

Nous donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'Assistance Médicale à la Procréation de type :

- Insémination artificielle avec sperme de conjoint (IAC)
- Fécondation In Vitro (FIV)
- FIV avec micro-injection (ICSI)
- Décongélation d'embryons conservés par l'unité d'AMP et transfert éventuel des embryons issus de cette décongélation.
- Réchauffement Ovocytaire en vue d'une AMP (ROV)

Dans le cadre des FIV et ICSI, nous :

- Donnons notre accord pour la mise en fécondation d'une partie des ovocytes prélevés, pour la congélation des embryons obtenus et non transférés, aptes à être cryoconservés, ainsi que pour la congélation des ovocytes surnuméraires.
- Refusons la congélation et la cryoconservation des embryons obtenus et donnons notre accord pour la mise en fécondation d'un maximum de trois ovocytes, ainsi que pour la congélation des ovocytes surnuméraires.

Nous sommes informés que, en vertu de la loi de décembre 2006 :

- notre accord pour la conservation doit être renouvelé tous les ans et que, par conséquent, nous devons signaler au Centre de Fertilité **tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone.**

- en cas de renoncement au projet parental, de dissolution du couple, ou de décès d'un des conjoints, les embryons ne pourront être restitués. Les trois possibilités suivantes seront proposées :

- Arrêt de la cryoconservation, soit lorsque les conditions de réalisation d'une AMP ne sont plus réunies, soit sur demande écrite du couple
- Don des embryons en vue d'études à finalités médicales
- Don des embryons en vue d'accueil pour un couple receveur

Dans le cas où l'un des membres du couple interrogé à deux reprises ne répond pas à la question de savoir s'il maintient ou non son projet parental, il est mis fin à la cryoconservation des embryons si la durée de celle-ci est au moins égale à cinq ans.

Nous confirmons ce jour, après un mois de réflexion, notre demande d'AMP.

Fait à le/...../.....

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Madame	Conjoint (e)	Cachet et signature du médecin