



Centre d'Assistance Médicale à la Procréation
48 bis rue Henri Barbusse 59880 SAINT - SAULVE

Saint Saulve, le

Consentement pour une technique d'Assistance Médicale à la Procréation

Nous soussignés,

MADAME : Nom d'épouse, Prénom, Nom de jeune fille, date de naissance

.....

MONSIEUR : Nom, Prénom, date de naissance :

.....

Téléphone Mme : Téléphone Mr :

Adresse complète :

.....

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et/ou notre lieu de résidence.

Certifions :

- Que les conditions du couple (définies dans la demande initial) requises pour bénéficier d'une AMP sont toujours remplies.
- Avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les potentiels liés à la technique proposée.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite à d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.

Consentons à une tentative d'AMP intraconjugale par :

- Optimisation de sperme en vue d'une IAC

Nous sommes informés que, en vertu de la loi 94-654 du 29 Juillet 1994,

Notre projet parental doit être réalisé dans un délai prévu de 5 ans.

MERCI DE NOUS SIGNALER TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE, DE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE, DE CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

En cas de renoncement au projet parental, de dissolution du couple ou du décès de l'un des conjoints, les embryons ne pourront être restitués.

Signature des 2 membres du couple, précédée de la mention « lu et approuvé »

Madame, le/...../.....

Monsieur, le/...../.....

Nom du médecin Dr :

Cachet et signature du médecin :

Pour les IAC réalisées par un médecin extérieur au Centre, merci de nous faxer ce document au 03.27.23.41.90



Centre d'Assistance Médicale à la Procréation
48 bis rue Henri Barbusse 59880 SAINT - SAULVE

Saint Saulve, le

DEMANDE D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)

Nous soussignés,

MADAME : Nom d'épouse, Prénom, Nom de jeune fille, date de naissance

.....

MONSIEUR : Nom, Prénom, date de naissance :

.....

Téléphone Mme : Téléphone Monsieur :

Adresse complète :

.....

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement de notre situation et/ou notre lieu de résidence ;

Certifions

- Demander spontanément, d'un commun accord, un traitement d'AMP,
- **Sur l'honneur vivre en couple et être en mesure d'apporter une preuve de vie commune (avis d'imposition ou de non-imposition) ;**
- Avoir reçu un dossier guide d'informations ;
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener un projet parental, y compris l'adoption ;
- Avoir été informés sur la probabilité de réussite et d'échec des traitements d'AMP, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique ;
- Avoir été informés des effets secondaires, des risques opératoires et anesthésiques liés aux traitements d'AMP et sur l'état de connaissance actuelles sur la santé des enfants nés issus d'AMP ;
- Être informés de la possibilité de congélation des embryons surnuméraires issus de la fécondation in vitro ;
- Avoir compris les informations transmises par le DR et son équipe.

Confirmons notre demande d'assistance médicale à la procréation.

Nous avons été informés de la possibilité de révoquer notre consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs. Dans ce cas nous nous engageons à prévenir immédiatement l'équipe clinico-biologique.

Signature Monsieur

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

.....

Signature Madame

.....

Signature Médecin

.....

Pièces à joindre :

- **Pour les couples mariés : Photocopie du livret de famille ou fiche familiale d'état civil.**
- **Pour les couples non mariés : Preuve de vie commune (avis d'imposition ou de non-imposition).**
- **Une photo d'identité de Mme et de Mr ou une photo du couple.**
- **Extrait d'acte de naissance de Madame, de Monsieur, datant de moins de 3 mois.**