

---

## Consentement pour une technique d'Assistance Médicale à la Procréation

---

Saint Saulve, le

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 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 assisté à une réunion d'information avant la FIV
- 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 des tentatives d'AMP intraconjugales par :**

- Optimisation de sperme en vue d'une IAC
- FIV classique
- FIV +/- ICSI selon la qualité spermique
- ICSI -> Donnons notre accord pour le transfert de .... Embryon(s)
- Congélation d'embryons
- Décongélation d'embryons en vue d'un transfert, le ...../...../.....
- Décongélation des pailles de sperme, le ...../...../.....
- Vitrification ovocytaire, le ...../...../.....
- Dévitrification ovocytaire, le ...../...../.....

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

*Notre projet parental doit être réalisé dans un délai de 5 ans,*

*Notre accord pour la conservation est renouvelable tous les ans et que par conséquent, nous devons signaler au centre d'Assistance à la Procréation, tout changement d'adresse.*

*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. Nous serons sollicités en vue du choix de devenir de nos embryons conformément en vigueur.*

---

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**

Ce document est signé par les deux membres du couple, au sein du centre après vérification de leurs identités. La signature du consentement par le couple est sous la responsabilité du praticien dont le nom et la signature figurent sur ce document.

**Nous attestons de ne pas avoir voyagé en zone zika dans les 6 mois précédent l'assistance médicale à la procréation**

**Signature « Lu et approuvé » Madame**

Date .....

**Signature « Lu et approuvé » Monsieur**

Date .....