
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



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 Mr :**

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 ;

Certifications

- 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 ;
- **Avoir été** informés des risques de grossesse multiple 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

Signature Madame

Signature Médecin

Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

.....

.....

.....

Pièces à joindre :

Une photo d'identité de Mme et de Mr ou une photo de couple + Extrait d'acte de naissance de Mme et de Mr de moins de 3 mois + une preuve de vie commune : pour les couples mariés, une photocopie du livret de famille ou fiche familiale d'état civil et pour les couples non mariés, un avis d'imposition ou de non-imposition à la même adresse ;

Pour une FIV (classique, IVSI ou IMSI) : EN COUPLE

Réunion d'information organisée par les biologistes le/...../..... à **EN AMP**

Règlement de 40 EUROS espèces ou chèque à l'ordre de Biogroup à préparer avant votre arrivée. Merci

EN COUPLE : Consultation obligatoire avec le psychologue de votre choix :

Mme PLAYE Valenciennes 07 87 86 29 91

Mme VERMEULEN Saultain 06 08 01 85 23

Mme MASCLEF Cambrai 03 27 81 03 58

Mme NEVOT Le Quesnoy 06 75 53 13 56

Mme FOURNEAUX Amélie Saint Amand 06 75 83 74 07

Mr RONDEAU Cambrai 03 27 70 57 90

Mme EPITALON Maubeuge 03 27 64 31 60

Mr RONDEAU Cambrai 03 27 70 57 90

REGISTRE NATIONAL D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Note d'information à l'attention des couples

Madame, Monsieur,

Vous avez décidé de recourir à une technique d'assistance médicale à la procréation (AMP) pour avoir un enfant.

En France, chaque année, environ 66 000 couples bénéficient de ces techniques et 23 500 enfants voient ainsi le jour.

L'Agence de la biomédecine, agence national de l'état sous tutelle du ministère de la Santé, a été chargée par la loi d'évaluer les conséquences des activités de l'assistance médicale à la procréation sur la santé des personnes qui y ont recours et sur celle des enfants qui en sont issus. Ainsi, pour mieux comprendre les facteurs de réussite ou d'échec des fécondations in vitro et pour identifier les conséquences éventuelles des pratiques actuelles sur la santé, des statistiques doivent être établies et des études spécifiques doivent être menées. Elles permettent d'améliorer les résultats de l'activité de fécondation in vitro dans le futur.

Pour réaliser ces études et assurer ce suivi, l'Agence de la biomédecine, avec l'autorisation de la CNIL¹, a mis en place un **recensement national des tentatives d'AMP**. Celui-ci a pour objet d'enregistrer toutes les tentatives d'assistance médicale à la procréation et comporte des données sur vos antécédents médicaux et chirurgicaux, le déroulement de la ou des tentatives d'AMP, le déroulement et l'issue des grossesses et l'état de santé des enfants à la naissance. Ces informations sont celles qui sont habituellement recueillies pour votre dossier médical. **N'hésitez pas à en demander le détail à votre médecin.**

Pour retracer le parcours de soins suivi par une personne, d'un centre à un autre et éviter les doublons, il est nécessaire de recueillir des données nominatives :

- Vos nom patronymique (de naissance), prénom(s) et nom marital (d'usage)
- Votre date de naissance
- Votre pays et code postal de résidence
- Les numéros de dossier médical et biologique dans les établissements clinique et biologique où est réalisée l'AMP.

Dans la mesure où les données recueillies sont relatives à votre santé ou à celle des enfants naissant à la suite de votre recours à l'AMP, votre nom ne peut figurer dans le registre national que si vous y consentez expressément. A défaut, les données recueillies seront pseudonymisées et les noms et prénom des personnes ne seront pas recueillis.

En cas de recueil de données nominatives, conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition qui peut s'exercer à tout moment en adressant une demande au centre dans lequel vous avez réalisé l'AMP et/ou au correspondant informatique et liberté (CIL) de l'Agence de la biomédecine, cil@biomedecine.fr.

¹ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

L'Agence de la biomédecine a mis en œuvre toutes les mesures nécessaires à la protection des données et au respect de la confidentialité. En particulier, des mesures de sécurité informatique ont été prises et seules les personnes **chargées de la gestion du fichier, du contrôle de qualité et de la sécurité des données**, dûment autorisées par le directeur général de l'Agence, pourront avoir accès aux informations nominatives, et uniquement lorsque cela s'avèrera indispensable.

Autrement dit, l'exploitation statistique des données est réalisée sur des données anonymisées et les données nominatives ne sont en aucun cas transmises à d'autres organismes. Seules les personnes réalisant le contrôle qualité des données et les professionnels réalisant l'AMP ont accès aux données identifiantes.

Il est possible que, dans l'avenir, vous soyez sollicité(e) pour participer à des études spécifiques complémentaires. Il vous appartiendra alors, le cas échéant, d'indiquer si vous consentez à cette participation.

Nous vous remercions par avance de contribuer ainsi à ces travaux de recherche et d'évaluation des techniques médicales et à l'amélioration des pratiques et des résultats de cette activité.

Lu et approuvé
Signature Madame

Lu et approuvé
Signature Monsieur