

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

Nous soussignés,

**MADAME**

**Conjoint 1 (conjoint destiné à porter l'enfant)**

Nom marital.....

Nom de naissance.....

Prénoms .....

Née le .....

Portable conjoint 1 .....

**MONSIEUR / MADAME**

**Conjoint 2**

Nom de naissance.....

Prénoms .....

Né(e) le .....

Portable conjoint 2.....

***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.

**Et par conséquent, nous donnons notre consentement pour (cocher la technique retenue) :**

- FIV classique intraconjugale
- FIV +/- ICSI selon la qualité spermique intraconjugale
- ICSI -> Donnons notre accord pour le transfert de .... Embryon(s)
- ICSI +/- IMSI, selon qualité spermatique intraconjugale
- ICSI avec tiers donneur
- 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*

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

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

Conjoint 1, le ...../...../.....

Conjoint 2, le ...../...../.....

Nom du médecin Dr : .....

Cachet et signature du médecin