



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

MONSIEUR / MADAME

Conjoint 1 (conjoint destiné à porter l'enfant)

Conjoint 2

Nom marital.....

Nom de naissance.....

Nom de naissance.....

Prénoms

Prénoms

Née le

Né(e) le

Portable conjoint 1

Portable conjoint 2.....

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) ;
- Ne pas être engagé(es) maritalement /pacsé avec une tiers personne
- 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 des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique adaptée à notre situation ;
- Avoir été informés des possibilités 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, à court terme et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques ;
- 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 DRet 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.

Fais-le :

A.....

Signature conjoint 1

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature conjoint 2

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

cachet et signature du Médecin

.....

.....

.....



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

Liste des documents à fournir avant toute première tentative (Pour les deux membres du couple)

Document à fournir	Conjoint 1	Conjoint 2
<u>Pour les couples mariés</u> Photocopie du livret de famille ou fiche familiale d'état civil.		
<u>Pour les couples non mariés</u> : Preuve de vie commune (avis d'imposition ou de non-imposition, PACS ou attestation CAF)		
Photo d'identité ou photo du couple		
Acte de naissance intégral datant de moins de 3 mois		

Pour information, une Consultation est obligatoire avec le psychologue de votre choix en cas de fécondation in-vitro.

Liste des médecins ci-dessous

Mme CAFFIER Saint Saulve 07 69 37 08 94 (Centre Artemis)
Mme EPITALON Maubeuge 03 27 64 31 60
Mme FOURNEAUX St Amand 06 75 83 74 07
Mme HOLANDER Saint Saulve 06 28 57 88 23
Mme NEVOT Le Quesnoy 06 75 53 13 56
Mme PLAYE Valenciennes 07 87 86 29 91
Mr RONDEAU Cambrai 03 27 70 57 90
Mme SARRAUT Le Quesnoy 06 09 11 36 45
Mme VAILLANT Maubeuge 06 81 25 18 42
Mme VERMEULEN Saultain 06 08 01 85 23

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 nationale 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