



Consentement mutuel en vue d'une Procréation médicalement assistée

Nous soussignés,

Madame :	Monsieur :
Nom de jeune fille :	
Née le : / /	Né le : / /

Certifions avoir demandé conjointement de faire l'objet d'une Assistance Médicale à la Procréation. Nous confirmons notre demande après un délai de réflexion à l'issue de la première réunion d'information réalisée avec l'équipe médicale du centre.

Certifions avoir reçu toutes les informations claires et appropriées sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels à ce type de technique.

Donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'Assistance Médicale à la Procréation de type (cocher la technique retenue) :

- Insémination artificielle entre conjoints (IAC) ;
- Fécondation In Vitro (FIV) ;
- FIV avec Micro – injection (ICSI ou IMSI) ;
- Transfert des embryons congelés (TEC) ;

Ce consentement implique :

- la stimulation de l'ovulation ;
- la ponction folliculaire avec traitement analgésique et anesthésique ;
- le traitement du sperme et le choix du ou des spermatozoïdes ;
- la mise en fécondation in vitro et la culture embryonnaire ;
- le transfert embryonnaire ;

Certifions être mariés depuis / / (Joindre une copie de l'acte de mariage)



Nous acceptons la congélation et la cryoconservation des ovocytes matures ponctionnés en cas de non possibilité de mise en fécondation de ceux – ci le jour de la ponction (échec de recueil de sperme, azoospermie, ...). Lors d’une tentative, le nombre d’embryons obtenus peut être supérieur au nombre d’embryons à transférer. Dans ce cas, les embryons non transférés qui résisteront au processus de congélation – décongélation et présentant des critères de développement satisfaisants pourront être congelés et transférés ultérieurement en un ou plusieurs cycles. Si une congélation a effectivement eu lieu, vous recevrez un document complété par nos soins, vous précisant le nombre d’embryons congelés.

Nous sollicitons, à l’avance, votre accord de principe sur une éventuelle congélation et cryoconservation des embryons.

Donnons notre accord pour la congélation des embryons obtenus non transférés et aptes à être cryoconservés.

Donnons notre accord pour la destruction des embryons non transférés.

Nous avons été informés que le délai de cryoconservation étant limité à une période de 5 ans qui débute au jour de la cryoconservation. A l’expiration de cette période, et sans demande explicite écrite de votre part et/ou de non renouvellement des contrats annuels d’hébergement des embryons surnuméraires, ceux – ci seront détruits par le Centre de PMA. Nous nous engageons à informer l’équipe médicale, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Tentative	Date	FIV, ICSI ou IMSI	IAC	TEC	Signature précédée de la mention Lu et Approuvé	
					Madame	Monsieur
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Pièces à joindre :

- Copie certifiée conforme des cartes nationales d’identité du couple
- Copie certifiée conforme de l’acte de mariage.

