



Consentement en vue d'une préservation de fertilité féminine

Je soussignée,

Madame :

CIN :

Née le : / /

Certifie donner mon consentement libre et éclairé pour le prélèvement d'ovocytes sur ma personne en vue d'une préservation de fertilité.

Je confirme ma demande après un délai de réflexion à l'issue de la première réunion d'information réalisée avec l'équipe médicale du centre.

Ce consentement implique :

- une stimulation hormonale des ovaires d'une dizaine de jours.
- une surveillance des ovaires par échographie-prises de sang.
- une ponction folliculaire avec traitement analgésique et anesthésique .



35, Bd Anoual. Angle rue de la pépinière - Casablanca
Tél.: 05 22 86 47 99 | **Email :** contact@cfh.ma | www.cfh.ma

Certifions avoir reçu toutes les informations claires et appropriées sur les chances de réussite, les effets secondaires en particulier ceux liés au traitement hormonal des ovaires, à la ponction ainsi que les risques potentiels liés à la congélation et la décongélation des ovocytes.

J'ai été informé que le délai de cryoconservation étant limité à une période de 5 ans qui débute le 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 ovocytes, ceux - ci seront détruits par le Centre de PMA.

Casablanca le/...../.....

Signature précédée de la mention
Lu et Approuvé

Pièce à joindre :

- Copie certifiée conforme de la carte nationale d'identité