

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Madame : _____ née (NJF) _____ / ____ / ____
(Nom, Prénom) (DDN)

Monsieur : _____ / ____ / ____
(Nom, Prénom) (DDN)

Adresse commune : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Certifions

- Etre en mesure d'apporter la preuve d'une communauté de vie.
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informés des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre situation.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.
- Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques.
- Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Avoir reçu un guide d'information.
- Avoir compris les informations transmises par le Dr _____ et son équipe.
- **Demander d'un commun accord, une 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 par écrit.

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le * : ____ / ____ / _____ Document rendu le * : ____ / ____ / _____

Signature Madame :

Signature Monsieur :

Pièces à joindre

- Photocopie des 2 cartes d'identité.
- Pour les couples mariés : Photocopie du livret de famille ou de la fiche familiale d'état civil.
- Pour les couples non mariés : Preuve d'une communauté de vie : Attestation de la mairie ou facture(s) à la même adresse au nom de chacun des deux membres du couple et Extraits de naissance.

* Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre.
(Document en deux exemplaires, un pour le patient et un pour le centre)

Centre d'AMP de l'Artois-Douais

99, route de La Bassée 62300 LENS

Tél : 03.21.69.17.97 Fax : 03.21.69.17.98

www.hdf.synlab.fr

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Madame : _____ née (NJF) _____ / ____ / ____
(Nom, Prénom) (DDN)

Monsieur : _____ / ____ / ____
(Nom, Prénom) (DDN)

Adresse commune : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Certifions

- Etre en mesure d'apporter la preuve d'une communauté de vie.
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informés des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre situation.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.
- Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques.
- Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Avoir reçu un guide d'information.
- Avoir compris les informations transmises par le Dr _____ et son équipe.
- **Demander d'un commun accord, une 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 par écrit.

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le * : ____ / ____ / _____ Document rendu le * : ____ / ____ / _____

Signature Madame :

Signature Monsieur :

Pièces à joindre

- Photocopie des 2 cartes d'identité.
- Pour les couples mariés : Photocopie du livret de famille ou de la fiche familiale d'état civil.
- Pour les couples non mariés : Preuve d'une communauté de vie : Attestation de la mairie ou facture(s) à la même adresse au nom de chacun des deux membres du couple et Extraits de naissance.

* Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre.
(Document en deux exemplaires, un pour le patient et un pour le centre)

Centre d'AMP de l'Artois-Douais

99, route de La Bassée 62300 LENS

Tél : 03.21.69.17.97 Fax : 03.21.69.17.98

www.hdf.synlab.fr