

Nous, soussignés,

Madame : _____ née (NJF) _____ / _____ / _____

(Nom, Prénom)

(DDN)

Monsieur : _____

(Nom, Prénom)

(DDN)

Adresse commune : _____

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

Certifions que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande initiale, sont toujours remplies ;

Et consentons à une tentative d'AMP par Fécondation *in Vitro* intraconjugale type :

Fécondation *in vitro* classique

Fécondation *in vitro* avec micro-injection (ICSI)

Confirmons avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

Confirmons avoir été conviés à une réunion d'information.

*Lors d'une tentative, le nombre d'embryons obtenus peut être supérieur au nombre d'embryons transférés. Dans ce cas, les embryons non transférés dits « surnuméraires » et présentant des critères de développement satisfaisants peuvent être congelés, afin d'être transférés ultérieurement en un ou plusieurs cycles. Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe sur une éventuelle congélation. Vous êtes libres de refuser, auquel cas nous serions amenés à **limiter le nombre d'ovocytes mis en fécondation** au maximum à trois ovocytes (conformément à l'arrêté du 3 août 2010).*

Nous acceptons la congélation des embryons non transférés

Nous refusons la congélation d'embryons

Nous certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / _____

Signature Madame :

Signature Monsieur :

PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif (changement de situation maritale, changement d'adresse) susceptible de retentir sur votre prise en charge.