Je/Nous soussigné(es)

Nom Conjoint 1 : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né(e) le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Tél. portable : |_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|

Nom Conjoint 2 : _____

Prénoms : _____

Nom de naissance : _____

Né(e) le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Tél. portable : |_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|/|_|_|

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Certifie/Certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies et **donne/donnons mon/notre consentement en vue d'une tentative d'Assistance Médicale à la Procréation**

- ☐ par **Fécondation in Vitro classique (FIVC)**
- ☐ par **Fécondation in Vitro avec micro-injection de spermatozoïde (ICSI)**
- ☐ par **Fécondation in Vitro avec micro-injection de spermatozoïde, avec tiers donneur (ICSI-D)**
  Dans ce dernier cas, je certifie/nous certifions avoir donné mon/notre consentement à l'utilisation de gamètes de tiers donneur devant un notaire, conformément aux conditions prévues par le code civil.

Ce consentement inclue la réalisation, avec mon/notre accord après information donnée par les équipes médicales, des étapes suivantes :

- *La stimulation de l'ovulation*
- *La ponction des ovocytes*
- *Le traitement du sperme ou l'utilisation de paillettes de donneur*
- *La mise en fécondation par **fécondation in vitro classique ou avec microinjection (ICSI)**, la culture embryonnaire*
- *Le transfert embryonnaire*

*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 **adapter, conformément aux règles de bonnes pratiques en vigueur, les modalités de déroulement de la tentative en réalisant selon les cas**, une stimulation pauci-folliculaire, la vitrification ovocytaire d'une partie des ovocytes matures obtenus et/ou la mise en fécondation d'un nombre limité d'ovocytes.*

- ☐ **J'accepte/nous acceptons la congélation de mes/nos embryons non transférés**
- ☐ **Je refuse/nous refusons la congélation d'embryons**

Je certifie/Nous certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées.

Fait à _____, le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Signature de la patiente/des deux membres du couple précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature **Conjoint 1**

Signature **Conjoint 2**

Centre d'AMP de l'Artois
99, route de La Bassée 62300 LENS
Tél : 03.21.69.17.97 Fax : 03.21.69.17.98
www.hdf.synlab.fr secretariat.bdr@hdf.synlab.fr