

**Nous(je), soussigné(e/s),**

Madame NOM DE NAISSANCE: .....	Conjoint(e) NOM DE NAISSANCE: .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Nom d'usage : .....	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Née le : .....	Né(e) le : .....
Tel Mme : .....	Tel Conjoint(e) : .....
Mail Mme : .....	Mail Conjoint(e) : .....
Adresse commune : .....	

Certifions(e) que les conditions (telles que définies dans la demande initiale) pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies, et consentons(s) à :

- une tentative d'AMP par Fécondation in Vitro intraconjugale sans micromanipulation**  
*acceptons le recours à une ICSI en cas de paramètres spermatisques insuffisants le jour de la FIVC : OUI  NON*
- une tentative d'AMP par Fécondation in Vitro intraconjugale avec micromanipulation (ICSI)**
- une tentative d'AMP par Fécondation in Vitro avec tiers donneur (FIV-D ou ICSI-D)** (Dans ce cas, nous(je) certifions(e) avoir donné notre(mon) consentement en vue d'une AMP avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil)

**Confirmons(e) avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques liés à ce type de technique.** Ce consentement implique :

*La stimulation de l'ovulation, la ponction folliculaire et la technique analgésique/anesthésique  
Le traitement du sperme, la mise en fécondation in vitro et la culture embryonnaire  
Le transfert embryonnaire (pour un couple, **LA PRESENCE DES 2 MEMBRES DU COUPLE EST OBLIGATOIRE**). Compte tenu de l'information dispensée, nous(je) donnons(e) notre(mon) accord pour le transfert de*

- OU  **1 seul embryon**  
 **1 ou 2 embryons : si nous(je) faisons(fais) ce choix, nous nous (je me) conformerons(rai) au choix final de l'équipe clinico-biologique si elle préconise de ne transférer qu'un seul embryon**

L'original de notre(ma) pièce d'identité est obligatoire à chaque étape de notre(ma) prise en charge

Attestons(e) avoir informé l'équipe de tout voyage à l'étranger dans les 6 derniers mois pouvant présenter un risque infectieux en lien avec le virus ZIKA (en cas de doute, en référer à votre médecin référent).

Notre centre AMP du Bois réalise **UNE ENQUETE DE SATISFACTION EN LIGNE** afin de connaître **votre vécu lors des différentes étapes de votre prise en charge**. Nous autorisez-vous à vous contacter par mail afin de recevoir un lien pour répondre à cette **enquête** (si vous êtes en couple, il est important que vous soyez présents tou(te)s les deux lors de la réponse à l'enquête).

- OUI** nous(je) acceptons(e) de recevoir le lien afin de répondre à l'enquête sur l'adresse mail de Madame\* / Conjoint(e)\* (\*entourer le destinataire choisi)
- NON** nous(je) n'acceptons(e) pas de participer à l'enquête et ne souhaitons(e) pas recevoir ce lien

**CONTRAT DE CONGELATION**

Lors d'une tentative, les embryons non transférés dits « surnuméraires » et présentant des critères de développement satisfaisants peuvent être vitrifiés, afin d'être transférés ultérieurement. Cette vitrification est prise en charge dans le cadre de votre tentative d'AMP. Vous recevrez ensuite tous les ans par courrier, un formulaire de « renouvellement de cryoconservation », pour connaître votre souhait quant au devenir des embryons vitrifiés (maintien de votre projet parental et alors poursuite de la cryoconservation ou renoncement à votre projet parental et alors 3 choix possibles : arrêt de la cryoconservation, ou don à la recherche, ou don à un couple receveur). **Il conviendra de répondre impérativement à ce courrier.** La conservation annuelle fait l'objet de frais conformément à la nomenclature des actes de biologie, et pourra être prise en charge par la Sécurité Sociale jusqu'au 45<sup>ème</sup> anniversaire de la patiente (Loi de Bioéthique du 02/08/2021). **Au-delà, le projet parental n'est plus autorisé, les embryons ne peuvent être conservés.**

**Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe pour une éventuelle vitrification.** Vous êtes libres de refuser, auquel cas nous serions amenés à limiter le nombre d'ovocytes mis en fécondation à un maximum de trois, ou à vitrifier des ovocytes surnuméraires conformément à l'arrêté du 3 octobre 2023 (**un RDV avec le médecin biologiste est alors à prévoir**). **Merci de cocher votre choix**

- OUI**, nous(j') acceptons(e) la vitrification des embryons non transférés mais congelables
- NON**, nous(j') refusons(e) la vitrification embryonnaire, et acceptons(e) dans ce cas que (ne cochez qu'une des 2 propositions)
  - qu'au maximum 3 ovocytes soient mis en fécondation
  - la vitrification des ovocytes surnuméraires

**Nous(je) déclarons(e) avoir pris connaissance de l'ensemble des informations et acceptons(e) les termes de ce consentement**

Fait à ....., le ..... Madame Conjoint(e)