

Nous (Je), soussigné(es) :

Patiente ayant vocation à porter l'enfant

Nom
Nom de naissance (si concernée)
Prénom
Née le
Tel portable
E-mail

Conjoint(e) pour les couples

Nom
Nom de naissance (si concernée)
Prénom
Né(e) le
Tel portable
E-mail

Adresse commune :

Certifions(e) (prière de cocher les items suivants pour donner votre accord à cette demande d'AMP de façon éclairée) :

- Être mariés, pacsés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune, pour les couples.
- Avoir eu l'information des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à la 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 eu l'information de l'existence du site internet www.amp-hplb-lille.com, avoir été convié(s) à consulter un des médecins biologistes de l'équipe du laboratoire (RDV sur DOCTOLIB.fr, laboratoire d'AMP Cerballiance-Lille) et reçu un dossier guide (et en cas de FIV la possibilité de visionner le film du centre), préalablement à notre/ma prise en charge
- Avoir compris les informations transmises par le Dr : et son équipe
- Avoir eu l'information sur les autres possibilités de mener le projet parental, y compris l'adoption, et pour les couples hétérosexuels de la possibilité de survenue d'une grossesse spontanée.
- Demander l'accord (pour les couples, accord conjoint), pour une assistance médicale à la procréation et avoir été informé(es/e) de l'obligation d'informer l'équipe clinico-biologique de l'issue des tentatives (survenue d'une grossesse ou non, et suite de la grossesse)
- Avoir eu l'information qu'en cas de voyage dans les 6 derniers mois dans un pays qui pourrait être touché par le virus du ZIKA -Asie du Sud, Indonésie, Afrique centrale, Amérique Latine, Amérique du Sud, Iles tropicales-, le médecin doit être informé AVANT TOUT DEBUT D'UNE QUELCONQUE AMP et cela durant toute la prise en charge.
- Avoir eu l'information de la possibilité de révoquer ce consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs. Dans ce cas, nous (je) nous(m') engageons(e) à prévenir immédiatement l'équipe clinico-biologique par écrit.
- Avoir eu connaissance de la lettre d'information de l'Agence de la Biomédecine concernant la transmission des données de nos tentatives d'AMP et :
 - Donner notre(mon) accord pour la transmission des données nominatives à l'Agence de la Biomédecine.
 - Refuser la transmission de données nominatives à l'Agence de la Biomédecine. Les données recueillies seront totalement rendues anonymes.

Le couple susnommé (ou la femme non mariée) s'engage à informer l'équipe du centre d'AMP de tout CHANGEMENT DANS SA SITUATION FAMILIALE, SON PROJET PARENTAL, ET SON LIEU DE RESIDENCE.

Document REÇU LE /...../..... ← (1 mois de réflexion minimum entre les deux dates) → Document RENDU LE /...../.....

Signature de la patiente ayant vocation à porter l'enfant, et du (de la) conjoint(e) pour les couples

Patiente ayant vocation à porter l'enfant

Le (la) conjoint(e) pour les couples

* **Pièces à joindre : Photocopies de la(des) carte(s) d'identité**, pour les 2 membres du couple ou la femme non mariée, associées à :

- Pour les **couples mariés**, la **photocopie du livret de famille**
- Pour les **couples pacsés**, la **photocopie du PACS**
- Pour les couples en concubinage, vos **extraits d'acte de naissance DE MOINS DE 6 MOIS** et une **preuve de vie commune**
- Pour les femmes seules, votre **extrait d'acte de naissance DE MOINS DE 6 MOIS**

Document en deux exemplaires, un pour le couple/la femme non mariée et un pour le centre