
CONSENTEMENT POUR VITRIFICATION OVOCYTAIRE dans le cadre de la préservation de fertilité médicale

Je, soussigné(e)

Nom de naissance Prénom

Nom d'usage Né(e) le

Tel portable Tel domicile

Adresse e-mail

Adresse postale

.....

.....

déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires ci-dessous, en avoir été clairement informée par le praticien et donne mon consentement pour la congélation et la conservation de mes ovocytes.

- La conservation d'ovocytes est strictement personnelle et est réalisée à mon bénéfice en vue d'une éventuelle utilisation par assistance médicale à la procréation dans les conditions prévues par la loi.
- Le laboratoire de biologie de la reproduction effectue la congélation et assure la conservation de mes ovocytes.
- Le laboratoire de biologie de la reproduction ne peut être responsable des capacités de fécondation des ovocytes et ne peut garantir le succès en cas de réutilisation.
- Je serai interrogée chaque année pour statuer sur le devenir de mes ovocytes par une relance annuelle de cryoconservation, conformément à la réglementation en vigueur et je m'engage à y répondre.
- La Sécurité Sociale prend en charge la congélation et la conservation des pailles dans cette indication.
Si je conserve mes pailles, le tiers payant ne sera pas appliqué : les frais de conservation seront à régler au laboratoire, et la feuille de sécurité sociale pour remboursement me sera envoyée secondairement.
- Le laboratoire mettra fin à la conservation de mes ovocytes :
 - Si j'en fais la demande écrite en réponse aux relances annuelles. Ma demande devra alors être confirmée par écrit après un délai de réflexion légal d'au moins trois mois
 - Si je ne réponds plus aux conditions d'âge fixées pour l'utilisation soit jusqu'à mon 45^{ème} anniversaire
 - En cas d'absence de réponse aux relances annuelles durant 10 années civiles consécutives
 - En cas de décès (sauf directives anticipées)

TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE DEVRA ETRE SIGNALE EN TELEPHONANT AU LABORATOIRE D'AMP (03 20 17 10 10, du lundi au vendredi, de 8H à 13H et le samedi de 8H à 12H), OU PAR MAIL (cryo.hdf@cerballiance.fr)

Fait à Le

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »