



CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

21 RUE MOXOURIS 78150 LE CHESNAY ☎ 01.39.54.44.51 ✉ amp@laboratoire-parly2.com
<https://www.laboratoire-parly2.com/>

CONSENTEMENT A LA CONSERVATION SPERMATIQUE

JE soussigné, Monsieur,

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Né le : ____/____/____

Adresse : _____

Ville : _____ □

N° de portable : _____ Mail : _____

Après avoir pris connaissance des éléments ci-dessous :

- La conservation du sperme est assurée pour une durée d'un an renouvelable. A partir de la deuxième année, et tous les ans si toutes les paillettes n'ont pas été utilisées, vous serez interrogé par écrit afin de nous faire connaître votre souhait quant au devenir de vos paillettes restantes : poursuite de la conservation, arrêt de la conservation, don pour la recherche ou don à un couple.
- En cas de poursuite de la conservation des paillettes, les frais de stockage pour l'année à venir devront être réglés au préalable.
- En cas de souhait de don de gamètes, vous devrez confirmer votre choix par écrit après un délai de réflexion d'au moins 3 mois après le consentement initial. Dans certaines situations, le souhait de la personne d'orienter vers le don de gamètes conservés n'est pas envisageable au regard des critères retenus pour la qualification des donneurs de gamètes. La personne en est informée et est invitée à faire un autre choix.
- Conformément à la réglementation en vigueur, le centre met fin à la conservation des gamètes en cas de décès ou si la personne concernée n'est plus en âge de procréer.
- Les paillettes ne pourront être remises qu'au dépositaire présent et consentant sur présentation d'une pièce d'identité, ou sa conjointe dument mandatée.

Confirme vouloir demander à bénéficier d'une autoconservation spermatique dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation (AMP).

Certifie avoir été informé des modalités, des risques et des contraintes ainsi que des taux de succès lors de la ré-utilisation des gamètes conservés.

Certifie avoir été informé de la réglementation en vigueur concernant les conditions de réutilisation des gamètes conservés en AMP ainsi que le devenir des gamètes en cas de décès, d'arrêt du projet parental ou de dépassement de l'âge de procréer.

Certifie avoir été informé de la nécessité de répondre aux relances annuelles qui me seront adressées par le centre qui conserve les gamètes et de signaler sans retard tout changement de situation ou d'adresse.

Confirme avoir pris connaissance du montant à régler mentionnant les éventuels frais non remboursés par la sécurité sociale (devis).

Fait à le/...../.....

(Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Monsieur