

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 EN VUE D'UNE FIV OU D'UNE ICSI AVEC OU SANS IMSI

Nous soussignés,

Madame : _____

Monsieur : _____

Nom d'usage : _____

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Née le : ____/____/____

Né le : ____/____/____

N° de portable Mme : _____

N° de portable M. : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____ ☐

Mail Mme : _____

Mail Mr : _____

Confirmons avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et reconnaissons avoir reçu une information éclairée suffisante et conforme aux recommandations.

Certifions que les conditions de couple requises, justifiées lors de notre demande, sont toujours remplies ; et que nous ne sommes pas engagés matrimonialement avec une tierce personne.

Donnons notre consentement pour bénéficier d'une fécondation in vitro avec ou sans micro-manipulation (FIV-ICSI) selon l'appréciation des paramètres spermatozoïques du jour de la tentative par le laboratoire avec sperme : **du conjoint** **de donneur**

Dans le cas d'une tentative d'AMP avec sperme de donneur, **certifions** avoir donné notre consentement devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.20 du code civil.

Donnons notre consentement pour bénéficier d'une IMSI (injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes sélectionnés morphologiquement à fort grossissement).

Donnons notre accord pour la mise en fécondation de tous les ovocytes prélevés et dans cette éventualité, donnons notre accord **pour la congélation** des embryons obtenus et non transférés, aptes à être cryoconservés. Nous sommes informés que la cryoconservation des embryons est renouvelable tous les ans. En cas de non-réponse aux courriers de relance adressés par le centre AMP, celui-ci pourra mettre fin à la conservation des embryons si la durée de celle-ci est au moins égale à 5 ans. Nous sommes informés que si nous disposons d'embryons conservés dont la qualité permet leur transfert, aucune nouvelle fécondation in vitro ne pourra être mise en œuvre, sauf en cas d'embryons cryoconservés de mauvaise qualité.

Refusons la congélation des embryons obtenus et donnons notre accord pour la mise en fécondation de _____ **ovocytes**, conformément à la réglementation en vigueur.

Nous nous **engageons** à informer l'équipe pluri-disciplinaire de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence survenant au cours de notre prise en charge.

Confirmons avoir pris connaissance du montant à régler mentionnant les éventuels frais non remboursés par la sécurité sociale (Devis)

Fait à _____, le ____/____/____ Document à retourner signé avant le démarrage du traitement

Signatures des deux membres du couple précédées de la mention « Lu et approuvé ».

Madame

Monsieur