



DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Formulaire de consentement éclairé

Nous, soussignés

Madame

NOM :

NOM de naissance :

Prénoms :

Née le :

Adresse commune :

.....

Monsieur

NOM :

NOM de naissance :

Prénoms :

Né le :

Certifions

- Etre mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informés des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre 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 reçu un guide d'information.
- Avoir été avisé que le parcours d'AMP pouvait être arrêté à tout moment ou adapté en cas d'évolution de mon état de santé ou en cas d'évolution de la situation sanitaire locale ou nationale.
- Avoir été avisés que le centre pouvait décider de surseoir à l'insémination en cas de suspicion ou de cas avéré d'infection ou lorsque la situation sanitaire l'exige.
- Etre informés de la transmission des informations anonymisées à l'Agence de Biomédecine ; en cochant cette case, nous donnons notre accord pour la transmission de données nominatives
- Avoir compris les informations transmises par le Dr :et son équipe.
- Demander d'un commun accord, une assistance médicale à la procréation après une période de réflexion d'un mois selon la réglementation en vigueur.

Nous avons été informés de la possibilité de révoquer notre consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs.

Dans ce cas, nous nous engageons à prévenir immédiatement l'équipe clinico-biologique par écrit.

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le :/...../.....

Signature des 2 membres du couple :

Madame

Document rendu le :/...../.....

Monsieur

Pièces à joindre :

- Photocopie des 2 cartes d'identité.
(Document en deux exemplaires, un pour le patient et un pour le centre)