

CONSENTEMENT D'UNE FECONDATION IN VITRO (Avec ou sans micromanipulation)

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

SI CONJOINT(E) : Informations le ou la concernant :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

Conformément au Décret n°2016-273 du 4 mars 2016 relatif à l'Assistance Médicale à la Procréation et aux articles L.1111-2 à L.1111-4 du Code de la Santé Publique, relatifs au consentement éclairé des patients ;

Certifie/ certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies et donne/ donnons mon/ notre consentement en vue d'une tentative d'Assistance Médicale à la Procréation par Fécondation In Vitro ;

Ce consentement inclut partiellement ou en totalité la réalisation, avec mon/ notre accord après information donnée par les équipes médicales, des étapes suivantes : la stimulation de l'ovulation, la ponction des ovocytes, le traitement du sperme frais ou congelé, la mise en fécondation par fécondation in vitro classique ou micro-injection de spermatozoïdes (ICSI) et la culture embryonnaire ;

J'accepte/ nous acceptons la congélation d'embryons : OUI - NON.

Certifie/ certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées.

Confirme/ confirmons notre demande de **FECONDATION IN VITRO**.

Fait à _____ Le : ___ / ___ / ___

Signature du patient :

Précédée de la mention «lu et approuvé »

Signature du/de la conjoint(e) :

Précédée de la mention «lu et approuvé »