



HOPITAL JEANNE DE FLANDRE
Clinique de Gynécologie

**Service d'Assistance Médicale à la procréation
Et de Préservation de la Fertilité
Docteur Christine Decanter**

Secrétariat :

☎ : 03 20 44 68 97 - Fax : 03 20 44 66 43

Suivi de Stimulation

03 20 44 50 40

CONSENTEMENT en vue de FECONDATION IN VITRO

Nous, soussignés.

MADAME Epouse
Prénom Née le

MONSIEUR
Prénom Né le

DOMICILIES :
Téléphone :

- Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord, une **Assistance Médicale à la Procréation** pour notre couple le
(date de la 1^{ère} consultation)

- Certifions être mariés depuis le
ou vivre en concubinage depuis plus de 2 ans. (depuis le

- Reconnaissons avoir bien compris l'information donnée sur les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation : principes, mise en œuvre, possibilités de réussite et d'échec, risques

- Reconnaissons avoir reçu un dossier guide comportant le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'Assistance Médicale à la Procréation et l'adoption

- Confirmons notre demande **de FECONDATION IN VITRO**

- Acceptons la mise en fécondation de tous les ovocytes prélevés

* Donnons notre accord pour la congélation des embryons obtenus et non transférés, aptes à être cryopréservés

* Refusons la congélation des embryons

Certifions avoir pris connaissance des conditions du transfert d'informations nominatives à l'Agence de Biomédecine.

* : ne cocher qu'une seule case

Fait à Lille, le (au moins 1 mois après la 1^{ère} consultation)

SIGNATURES : **MADAME**

MONSIEUR