

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (FIV ou ICSI)

Je/nous, soussigné(s) :

Nom.....Nom de naissance.....

Prénom.....Né(e) le.....

Téléphone :

Nom.....Nom de naissance.....

Prénom.....Né(e) le.....

Téléphone :

Adresse :

.....

- Certifie/certifions avoir demandé spontanément une Assistance Médicale à la Procréation
le..... (date de la 1^{ère} consultation),

- Reconnais/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,

- Donne/donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'Assistance Médicale à la Procréation de type
(cocher la case correspondante) :

Fécondation *in vitro* classique (FIV) (et à la possibilité d'un passage à la technique d'ICSI en cas d'une baisse des
paramètres spermatiques inattendue le jour de la tentative)

Fécondation *in vitro* avec injection intra cytoplasmique directe du spermatozoïde (ICSI)

- Accepte/acceptons la mise en fécondation de tous les ovocytes prélevés

- Lors d'une tentative, le nombre d'embryons obtenus peut être supérieur au nombre d'embryons transférés. Dans ce cas, les embryons non
transférés dits « surnuméraires » et présentant des critères de développement satisfaisants peuvent être congelés, afin d'être transférés
ultérieurement en un ou plusieurs cycles. Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe sur une éventuelle congélation. Vous êtes libres de
refuser, auquel cas nous serions amenés à **limiter le nombre d'ovocytes mis en fécondation** au maximum à trois ovocytes (conformément à
l'arrêté du 11 avril 2008).

Accepte/acceptons la congélation des embryons non transférés

Ou Refuse/refusons la congélation d'embryons

- Certifie/certifions avoir bien pris connaissance des conditions du transfert d'informations nominatives à l'Agence de
la Biomédecine (ABM).

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

SIGNATURE(S)