Centre d'Assistance Médicale à la Procréation
PFME - Centre Hospitalier de Bretagne Sud - LORIENT
Laboratoire BIOLOR - LORIENT

CONSENTEMENT ECLAIRE DE LA TECHNIQUE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Choix de la technique AMP

Nous, soussignés,

Madame :
Nom de jeune fille :
Prénoms :
Née le :
Adresse commune :

Monsieur :

Prénoms :
Né le : ……

Tél :

Réf dossier : ……

Certifions que les conditions de notre couple requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), justifiées lors de notre demande en date du …… sont toujours remplies.

Et en conséquence, nous donnons notre consentement pour (cocher la technique retenue) :

INSEMINATION

- ❑ Insémination intra-utérine intraconjugale
- ❑ Insémination intra-utérine avec tiers donneur

FECONDATION IN VITRO (FIV) suivie d'un transfert d'embryon(s)

- ❑ FIV intraconjugale
- ❑ FIV avec tiers donneur
- ❑ FIV avec micro-injection (ICSI) intraconjugale
- ❑ FIV avec micro-injection (ICSI) avec tiers donneur

Lors de cette tentative, vous aurez peut-être des embryons surnuméraires dépassant le nombre raisonnable à transférer en une seule fois. Certains embryons non transférés peuvent êtres congelés, puis conservés pour vous. Les embryons qui résisteront au processus de congélation-décongélation pourront être transférés ultérieurement, en un ou plusieurs cycles. Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe sur une éventuelle congélation.
Vous êtes libre de refuser, auquel cas nous serions amenés à limiter le nombre d'ovocytes à féconder in vitro pour vous transférer la totalité des embryons obtenus (conformément à la loi n° 94+654 du 29 juillet 1994 – Art. L152-3).

- ❑ Nous acceptons la congélation de nos embryons non transférés
- ❑ Nous refusons la congélation d'embryons

TRANSFERT D'EMBRYONS CONGELES

- ❑ TEC

Fait le *A*

Signatures précédées de la mention « Lu et Approuvé »
Madame : *Monsieur :*

Cachet et signature du Médecin référent :
Dr JULOU **Dr HORS** **Dr FRESSARD**

Version du 11/05/2015
Mise à jour le 15/12/16