

Consentement éclairé

pour une Fécondation In Vitro – Femme seule

Sans microinjection (FIV classique) Avec microinjection (ICSI)

Je, soussignée,

Madame : Nom de naissance Nom Usuel :
Prénom : Date naissance :/...../.....
demeurant.....

donne mon accord, pour avoir recours à une tentative AMP par Fécondation In Vitro,

certifie :

- Disposer des conditions légales (définies dans la demande initiale) pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation,
- Avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique,
- Avoir participé à la réunion d'information,

consentons :

- A informer l'équipe du centre AMP de tout changement de mon lieu de résidence.

Ce consentement implique :

- La stimulation de l'ovulation
- La ponction folliculaire et la technique analgésique/anesthésique
- La mise en fécondation in vitro et la culture embryonnaire
- Le transfert embryonnaire
- La vitrification embryonnaire, l'auto conservation ovocytaire

- Donne mon accord de principe sur une éventuelle **vitrification des embryons surnuméraires** présentant des critères de développement satisfaisants. Je suis informée que je suis libre de refuser. Dans ce cas le nombre d'ovocytes mis en fécondation sera limité au maximum à trois.

J'accepte le principe de la vitrification d'embryons Je refuse la vitrification embryonnaire

- Je suis informée de la possibilité d'une auto conservation d'une partie des ovocytes recueillis lors de la ponction.

J'accepte la vitrification ovocytaire Je refuse la vitrification ovocytaire

- En l'absence d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport valide), la tentative ou le transfert embryonnaire ne pourra avoir lieu.

Le/...../.....

Signature