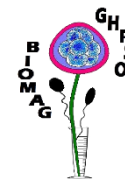


Centre d'AMP – 14, Avenue Paul Rougé – BP 121 – 60309 SENLIS CEDEX



Nous, soussignés

Madame **NOM :** _____ Monsieur **NOM :** _____
Nom de naissance _____
PRENOMS : _____ **PRENOMS :** _____
Née le : _____ Né le : _____
Adresse commune : _____
Tél (fixe, portable) : _____

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies. **Et consentons à une tentative d'AMP par Fécondation in Vitro intraconjugale.**

Confirmons 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.

Ce consentement implique :

- La stimulation de l'ovulation.
- La ponction folliculaire et la technique analgésique/anesthésique.
- Le traitement du sperme (frais ou cryoconservé).
- La mise en fécondation in vitro et la culture embryonnaire.
- Le transfert embryonnaire.

Nous acceptons l'ICSI

Nous refusons l'ICSI

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.

Nous acceptons ou refusons la congélation des embryons non transférés

Nous acceptons ou refusons de participer au registre national des FIV mis en place par l'Agence de Biomédecine.

Donnons notre accord pour le transfert d'embryon(s) après entretien avec l'équipe clinico-biologique.

Fait à : _____ Le : _____
Signature Madame Signature Monsieur

PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif (Adresse, tel, ...) susceptible de retentir sur votre prise en charge.