

**CONSENTEMENT EN VUE D'UNE FECONDATION IN VITRO (FIV)
avec ou sans MICRO INJECTION (ICSI)**

Nous soussignés,

Madame	Monsieur
NOM - PRENOM :	NOM - PRENOM :
Nom de jeune fille:	
Née le	Né le
Adresse commune:	
Tel :	Tel :

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.

Consentons à une tentative d'AMP par Fécondation *In Vitro* intraconjugale sans micro injection de spermatozoïdes (FIV classique) OU avec micro injection de spermatozoïdes (ICSI ou IMSI) SI NECESSAIRE.

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 avec la technique analgésique/anesthésique, le traitement du sperme, la mise en fécondation in vitro (avec éventuellement micro injection), la culture embryonnaire et le transfert embryonnaire.

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).*

- Nous acceptons la congélation des embryons non transférés**
 Nous refusons la congélation d'embryons

Date des Sérologies de Madame :

Date des Sérologies de Monsieur :

Date de consultation anesthésie (04 92 12 44 58) :

Nous certifions 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.

Signature Madame :

Signature Monsieur :

Date :

PS : Il est impératif de signaler au centre tout événement médical ou tout changement administratif susceptible de retentir sur votre prise en charge.

Centre d'aide médicale à la procréation
Clinique St George, 2 Avenue de Rimiez, 06100 NICE, Tel : 04 92 26 77 79
Fax : 04 92 26 77 75 / mail : contact.fiv@eurofins-biologie.com