

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous, soussignés

Patient Nom : Prénom : Née le :
--

Adresse

Patiente Nom : Nom de naissance : Prénom : Né(e)le:

Certifions :

- Etre marié(e)s ou en mesure d'apporter une preuve de vie commune.
- Avoir été informé(e)s sur la possibilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir eu connaissance des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre situation.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.
- Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques.
- Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Avoir reçu un guide d'information.
- S'engager à informer l'équipe médicale en cas de risque d'exposition lié à un contexte épidémique (notamment au virus Zika dans les 6 derniers mois ou autre virus selon le contexte épidémiologique).
- Avoir compris les informations transmises par le Dr.....et son équipe.
- Demander d'un commun accord une assistance médicale à la procréation.

Nous avons été informé(e)s de la possibilité de révoquer notre consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs. Dans ce cas, nous nous engageons à prévenir immédiatement l'équipe clinico-biologique par écrit.

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document remis par le médecin le : / /

Document rendu au laboratoire le : / /

Le délai légal de réflexion entre la date de remise et la date de rendu est d'au moins 1 mois

Signature des 2 membres du couple

Patiente:

Patient(e) :

Pièces à joindre :

-photocopies des pièces d'identité des 2 membres du couple

-livret de famille ou à défaut justificatif de vie commune (facture à la même adresse et aux 2 noms, avis d'imposition...)