

Consentement éclairé

d'une donneuse sans enfant

pour la préservation ovocytaire

AIDE MÉDICALE
À LA PROCRÉATION
DOCUMENT
A COMPLETER

Je soussignée,

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

Je souhaite conserver des ovocytes.

Je certifie :

- Avoir été clairement informée des règles de répartition et de conservation.
Cette conservation peut ne pas être réalisable au vu des règles de répartition qui sont les suivantes :
 - Jusqu'à cinq ovocytes matures, tous les ovocytes sont destinés au don
 - Du sixième au dixième ovocytes, les ovocytes matures sont destinés à la préservation
 - Au-delà de dix ovocytes matures, 1 ovocyte sur 2 est destiné au don, l'autre à la préservation.
- Avoir été informée que cette conservation ne garantit pas le succès à 100% d'une grossesse évolutive en cas d'utilisation ultérieure des ovocytes. (il faut avoir environ 15 ovocytes vitrifiés avant 30 ans, ou 20 ovocytes vitrifiés à 35 ans pour avoir le maximum de chances d'obtenir une grossesse avec enfant vivant.)

Je m'engage :

- A rencontrer le biologiste en consultation
- A faire connaître mon souhait sur le devenir des ovocytes au laboratoire en charge de cette conservation lors des relances annuelles. (poursuite de conservation ou fin de conservation)
- A signaler tout changement d'adresse au centre où sont conservés mes ovocytes

Je certifie :

- Avoir pris connaissance du fait que, si je ne suis plus en âge de procréer, ou en l'absence de réponse aux courriers de relance du laboratoire, ou en cas de décès, les ovocytes seront mis à la disposition du programme au don d'ovocytes.
- Avoir reçu un exemplaire de ce consentement.

Ce consentement n'engage que pour un seul cycle de ponction.

Document reçu le */...../.....

**Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre.*

Document rendu le */...../.....

Signature :