

Consentement éclairé

pour une Assistance Médicale à la Procréation

 En intra-conjugal

 Avec tiers donneur

Nous, soussignés,

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

Monsieur : Nom Date naissance :/...../.....
Prénom :
demeurant.....
Téléphone :

donnons notre accord, pour une Assistance Médicale à la Procréation,

certifions :

- Ne pas être mariés ni pacsés à une tierce personne
- Être mariés ou vivant maritalement avec le conjoint cité
- Informer l'équipe du centre AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence,
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption,
- Avoir été informés 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, aux gestes cliniques 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,
- Avoir compris les informations transmises par le Dr et son équipe,
- Avoir été informés 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,
- Demander, d'un commun accord, une assistance médicale à la procréation,
- Dans le cas d'une AMP avec tiers donneur, nous certifions avoir donné notre consentement devant un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil.

Document reçu le */...../.....

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

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

Signatures des deux membres du couple :

Madame

Monsieur



BIORANCE
LABORATOIRES REUNIS