

Nous soussignés,

Madame	Monsieur
Nom de jeune fille :	Nom :
Prénoms :	Prénoms :
Née le : Lieu :	Né le : Lieu :
Nationalité :	Nationalité :
Tel (GSM) :	Tel (GSM) :
Mail :	Mail :

Certifions avoir demandé de faire une tentative d'assistance médicale à la procréation dans le cadre d'une demande de projet parental pour notre couple, le (date de la première consultation)/...../.....

Nous confirmons notre demande après un délai de réflexion d'un mois à l'issue du premier entretien réalisé avec l'équipe pluridisciplinaire du centre, nous donnons conjointement notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation

Nous donnons notre consentement pour (cocher la technique retenue) :

INSEMINATION

- Insémination intra-utérine intraconjugale

FECONDATION IN VITRO (FIV) SUIVIE DE TRANSFERT D'EMBRYONS

- FIV intraconjugale
 FIV avec micro-injection (ICSI) intraconjugale
 IMSI (supplément hors nomenclature 1500 dhs)
 Congélation sperme / ovules / embryons (2500 dhs / an, incluant une année de conservation)
 Conservation sperme / ovules / embryons (2500 dhs /ans)
 EMBRYOSCOPE (supplément hors nomenclature 1500 dhs)

Ce consentement inclue la réalisation, après information donnée par les équipes médicales, des étapes suivantes : la stimulation de l'ovulation, la ponction des ovocytes, le traitement du sperme ou l'utilisation de paillettes du sperme du mari, la mise en fécondation par fécondation in vitro classique ou avec micro-injection (ICSI), la culture embryonnaire, le transfert embryonnaire.

POUR LES COUPLE ORIENTES VERS LA FIV ET ICSI

Lors de cette tentative, vous aurez peut-être des embryons surnuméraires. Certains embryons non transférés peuvent être congelés, puis conservés pour vous. Les embryons qui résisteront au processus de congélation-décongélation pourront être transférés ultérieurement, en un ou plusieurs cycles. Nous sollicitons à l'avance votre accord de principe pour une éventuelle congélation.

Nous acceptons refusons : la congélation et la cryoconservation de nos embryons non transférés (aptes à être congelés)

Nous acceptons refusons : la congélation et la cryoconservation des ovocytes matures ponctionnés en cas de non possibilité de mise en fécondation de ceux-ci le jour de la ponction (échec de recueil de sperme, azoospermie, absence du mari...).

Certifiez (prière de cocher les items suivants pour compléter votre accord à cette demande d'AMP de façon éclairée) :

- Être mariés (joindre la photocopie d'un certificat de mariage ou une attestation équivalente pour les couples non-Marocains).
- Avoir eu l'information des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à la situation.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie.
- La possibilité de recourir à un accompagnement psychologique avant, pendant et après le traitement nous a vivement été recommandée. Nous attestons être informés de la possibilité d'entretien ou de suivi éventuel psychologique et avoir reçu les coordonnées du psychologue professionnel.
- Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple en cas de transfert de 2 embryons avec ses complications possibles.
- Avoir eu l'information de l'existence du site internet www.IRIFIV.com, avoir été convié(s) à consulter un des Embryologistes ou biologistes de l'équipe du laboratoire, préalablement à notre prise en charge.
- Avoir compris les informations transmises par notre médecin traitant et son équipe.
- Nous donnons notre accord pour une prise en charge AMP.
- Nous nous engageons à effectuer les examens nécessaires pour garantir la sécurité sanitaire des ovocytes et du sperme le cas échéant, c'est-à-dire les sérologies pour le HIV, l'hépatite B (Ag HbS), l'hépatite C (Ac HVC) datant de moins de 6 mois avant le 1er prélèvement et une sérologie de moins d'un an pour les tentatives suivantes.

En cas de dissolution de notre couple, ou de renoncement à notre projet parental, ou de décès de l'un d'entre nous, on ne pourra pas procéder à une assistance médicale à la procréation. Nous connaissons aussi la faculté de pouvoir révoquer notre consentement avant toute intervention.

LE COUPLE SUS-NOMME S'ENGAGE A INFORMER LE CENTRE DE TOUT CHANGEMENT DANS SA SITUATION FAMILIALE, SON PROJET PARENTAL, ET SON LIEU DE RESIDENCE ET / OU NUMERO DE TELEPHONE.

Fait à _____, le/...../.....
(Au moins un mois après la première consultation)

Monsieur (conjoint)
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Madame
(Précédée de la mention « lu et approuvée »)