

Nous soussignés,

Madame, Nom Nom de jeune fille Prénoms Née le	Monsieur, Nom Prénoms Né le
Adresse commune	
Téléphone fixe Téléphone portable.....	Téléphone fixe Téléphone portable

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies et consentons à une tentative d'AMP par fécondation in vitro intraconjugale

Confirmons avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels à ce type de technique.

Ce consentement implique :

- la stimulation de l'ovulation
- la ponction folliculaire et la technique analgésique et anesthésique
- le traitement du sperme
- la mise en fécondation in vitro et la culture embryonnaire
- le transfert embryonnaire

Nous acceptons l'ICSI

Nous n'acceptons pas l'ICSI

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.

Nous acceptons la congélation par vitrification des embryons non transférés et avons été informés du dépassement d'honoraires
 1 à 2 embryons = 50 euros 3 à 4 embryons = 90 euros

Nous refusons la congélation des embryons

Donnons notre accord pour le transfert de embryons après entretien avec l'équipe clinico-biologique.

Fait à le

Signature Madame

Signature Monsieur

Il est impératif de signaler au centre tout événement médical ou tout changement administratif