CLINIQUE DE LA DHUYS

1 Rue Pierre Curie - 93177 Bagnolet Cedex - tel: 01 48 97 50 50 (standard)

CENTRE DE FECONDATION IN VITRO
Unité de Médecine de la Reproduction

Laboratoire AMP : 01 48 97 50 32 (ligne directe) - Fax : 01 43 63 18 97
Secrétariat AMP : 01 48 97 50 05 (ligne directe) - Fax : 01 43 60 57 52
Laboratoire Zerah-Taar-Pfeffer : 01 43 62 80 80 - Fax : 01 43 63 90 39

Gynécologues Agréés : Dr BERTHELOT – Dr CUKIERMAN – Dr KUTNER – Dr LABOURIER – Dr MENARD
Biologistes Agréés : Dr PFEFFER – Dr TAAR – Dr ZERAH

AMP DHUYS BAGNOLET

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR MICRO-INJECTION

Madame, Monsieur,

Vous avez demandé à bénéficier de la fécondation in vitro pour tenter de résoudre votre problème d'infécondité. Les bilans réalisés indiquent que cette fécondation est, au moins en partie causée par la qualité insuffisante du sperme.

Nous vous proposons d'utiliser une technique de micro-injection consistant à introduire directement un spermatozoïde dans l'ovocyte à l'aide d'une pipette très fine et sous examen au microscope.
Cette technique (ICSI « Micro-Injection ») est couramment utilisée dans les centres français et étrangers.
Bien entendu, elle n'est réalisable, que si la recherche de spermatozoïdes, soit dans l'éjaculait, soit dans les biopsies testiculaires, est positive. Dans certains cas, il peut arriver que nous ne trouvions pas de spermatozoïde le jour de la tentative

En plus des examens habituellement prescrits, un caryotype est le plus souvent demandé.
Le recul important dont on dispose aujourd'hui dans l'étude des enfants nés après ICSI montre qu'il n'y a pas d'augmentation du risque de malformation. En revanche, on ne sera jamais en mesure de garantir l'absence de risque de transmission d'une infertilité aux enfants.

Nous soussignés,

Madame NOM : Nom de jeune Fille :

Prénom : Née le :

Monsieur NOM : Prénom : Né le :

Consentons à la réalisation de la technique d'ICSI (Micro-Injection) dans le but d'obtenir une grossesse.

Nous pourrons à tout moment demander toute information complémentaire au Dr ……

Fait à ..... le .....

Signatures des **deux membres** du couple précédées de la mention **"Lu et Approuvé"**

Madame Monsieur

DOC AMP 13 Consentement Micro-Injection

AMP DHUYS BAGNOLET