



# CLINIQUE DE LA DHUYS

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

Depuis 1985 - [www.amp93.com](http://www.amp93.com)

**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 ZTP : 01 43 62 80 80 - Fax : 01 43 63 90 39**

**Gynécologues autorisés : Dr BERTHELOT - Dr FUBINI - Dr KUTNER - Dr LABOURIER - Dr MENARD - Dr MURCIANO**

**Biologistes autorisés : Dr PFEFFER (Coordinateur) - Dr TAAR (Responsable AMP Vigilance)**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR MICRO-INJECTION INTRA CYTOPLASMIQUE (ICSI-IMSI)

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 ou IMSI) est couramment utilisée dans les centres français et étrangers.

Bien entendu, elle n'est réalisable, que si la recherche de spermatozoïdes, soit dans l'éjaculat, 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 et une recherche de délétion du chromosome Y peut être 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 ou d'IMSI (Micro-Injection) dans le but d'obtenir une grossesse. Nous pourrions 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