

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

CONSENTEMENT DE PONCTION OVOCYTAIRE CONGELATION EMBRYONNAIRE

Madame, Monsieur,

Lors de votre prochaine tentative de Fécondation in Vitro, nous avons admis de limiter le nombre d'embryons à transférer afin de réduire le risque de grossesse multiple. Toutefois, pour optimiser les chances de succès, vous pouvez accepter que soit tenté la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons.

Avec votre accord, certains embryons non transférés et aptes à être cryoconservés, seront donc congelés puis conservés pour vous au laboratoire de fécondation in Vitro Zerah – Taar – Pfeffer.

La congélation d'embryons est actuellement largement pratiquée. La première naissance issue d'un embryon cryopréservé date de 1985.

Les embryons qui résisteront au processus de congélation-décongélation pourront être transférés ultérieurement.

Nous sollicitons, à l'avance, votre accord de principe sur une éventuelle congélation et cryoconservation des embryons.

Si une congélation a effectivement lieu, vous serez informés

- à l'issue de votre tentative de FIV ou d'ICSI, du nombre d'embryons qui aurait pu être congelés.
- qu'en l'absence de grossesse, le transfert des embryons congelés devra être envisagé avant toute nouvelle tentative de FIV
- **que cette restitution ne pourra s'effectuer qu'à la demande écrite conjointe (Cf Accord de Décongélation) des 2 membres du couple.**

Nous vous informons qu'en vertu de la loi 2004-800 du 06 Août 2004 :

' les embryons sont conservés dans l'intention de réaliser votre demande parentale dans un délai de cinq ans.'

' votre accord pour la conservation des embryons est renouvelable tous les ans, la conservation annuelle fait l'objet de frais, conformément à la nomenclature des actes biologiques de la sécurité sociale'

' en cas de renoncement au projet parental, de dissolution du couple ou de décès de l'un des conjoints, les embryons ne pourront être restitués.'

' l'interruption de la cryoconservation des embryons, selon la loi du 06 Août 2004 s'ouvre sur 3 possibilités :

- 1) Soit être accueillis par un couple receveur, pour lequel une assistance médicale à la procréation sans recours à un tiers donneur ne peut aboutir.
- 2) Soit, à titre exceptionnel, en conformité avec les avis du Comité Consultatif National d'Ethique, et ceux de la Commission Nationale de Médecine et de la Biologie de la Reproduction, et dans des conditions définies par décret en conseil d'Etat, être utilisés afin que soient menées sur eux des études devant avoir une finalité médicale.
- 3) Soit mis fin à leur cryoconservation.

Pour exprimer ce choix vous aurez donc à compléter un formulaire précisant si :

- SOIT « Vous demandez la poursuite de la Cryoconservation de vos embryons »

- SOIT « Vous renoncez à votre projet parental et en fonction des dispositions légales en vigueur, et après confirmation de votre part,

- vous acceptez l'accueil de vos embryons par un couple tiers.
- vous faites don, à titre exceptionnel, de vos embryons, en vue d'étude à finalité médicale.
- vous donnez votre accord pour qu' il puisse être mis fin à cette conservation.

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

CONSENTEMENT DE PONCTION OVOCYTAIRE CONGELATION EMBRYONNAIRE

Madame NOM :

Nom de jeune Fille :

Prénom :

Née le :

N° Sécu :

Monsieur NOM :

Prénom :

Né le :

N° Sécu :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° Tel / Port :

Veillez cocher la case correspondant à votre choix et signer l'ensemble du document, après en avoir pris connaissance

Donnons notre accord pour la mise en fécondation de tous les ovocytes prélevés et, dans cette éventualité, donnons notre accord pour la congélation des embryons obtenus non transférés et aptes à être cryoconservés

Refusons la congélation et la cryoconservation des embryons.

Nous sollicitons donc que soient mis en fécondation ovocytes . (indiquer le nombre)

Pendant la durée de conservation tout changement d'adresse et de situation conjugale doit être impérativement signalé

Les soussignés s'engagent par avance à accepter l'ensemble des termes de cet accord, à leur demande, leur proposition pourra être révisée pendant toute la durée de la conservation, étant entendu qu'en cas de litige intervenant pour des raisons actuellement non prévisibles, une solution sera recherchée entre les 2 membres du couple et l'équipe clinibiologique, en fonction des dispositions légales en vigueur et éventuelle après avis des instances consultatives d'éthiques compétentes.

Fait à..... le

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

Madame

Monsieur