

Demande d'assistance médicale à la procréation

(pour insémination et fécondation *in vitro*)

Nous, soussignés :

Madame : Monsieur :
Prénom : Prénom :
Nom de jeune fille :
Née le : Né le :
Tel Mme : Tel Mr :
Mail Mme : Mail Mr :
Adresse commune :
.....

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

- Etre mariés, pacsés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune*
- Avoir été informés des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre situation.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.
- Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques.
- Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Avoir été informés de l'existence du site internet www.amp-lille.fr, avoir été conviés en cas de Fécondation *in vitro* à la réunion d'information préalable à notre prise en charge et reçu le guide AMP de l'Agence de la BioMédecine
- Avoir compris les informations transmises par le Dr : et son équipe
- Avoir été informés sur la possibilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Demander d'un commun accord, une assistance médicale à la procréation et avoir été informés de l'obligation d'informer l'équipe clinico-biologique de l'issue des tentatives (survenue d'une grossesse ou non, et suite de la grossesse)
- Avoir été informés qu'en cas de voyage dans les 6 derniers mois dans un pays tropical qui pourrait être touché par le virus du ZIKA -Asie du Sud, Indonésie, Afrique Centrale, Amérique Latine, Amérique du Sud, Iles tropicales-, nous devons informer notre médecin AVANT TOUT DEBUT D'UNE QUELCONQUE AMP et cela durant toute notre prise en charge.
- Avoir été informés de la possibilité de révoquer notre consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs. Dans ce cas, nous nous engageons à prévenir immédiatement l'équipe clinico-biologique par écrit.
- Nous avons pris connaissance de la lettre d'information de l'Agence de la Biomédecine concernant la transmission des données de nos tentatives d'AMP et :
 - donnons notre accord pour la transmission des données nominatives à l'Agence de la Biomédecine.
 - refusons la transmission de données nominatives à l'Agence de la Biomédecine. Les données recueillies seront totalement rendues anonymes.

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le **...../...../.....

Document rendu le **...../...../.....

**Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre

Signature des 2 membres du couple

Madame

Monsieur

*** Pièces à joindre : Photocopies des 2 cartes d'identité**, associées à

- une **photocopie du livret de famille** ou de la fiche familiale d'état civil pour les couples mariés,
- une **photocopie du PACS** pour les couples pacsés ou
- une **preuve de vie commune** et **extrait de l'acte de naissance de chacun** pour les couples non mariés

Document en deux exemplaires, un pour le couple et un pour le centre