CENTRE D’ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

 Hôpital Femme Mère Enfant-CHR Mercy/ Laboratoire Espacebio

**1, allée du château – 57085 METZ CEDEX 1**

Inductions de l’ovulation – Inséminations intra-conjugales
Fécondations in vitro – Micromanipulations (ICSI)
Prélèvements épididymaires et testiculaires – Cryoconservation

Madame : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Née le : …………………………………………………………………………….

Tél : ................................................................................................

Email : .............................................................................................

***AVIS DE CONSENTEMENT ECLAIRE***

***Lettre d’information destinée aux personnes volontaires pour un don d’ovocytes***

Je soussignée, **……………………………………………………………………………………………..**

Certifie donner mon consentement libre et éclairé pour le prélèvement d’ovocytes sur ma personne en vue d'un don.
J'accepte le principe d’un don d’ovocytes anonyme, volontaire et gratuit.

 J'ai compris la nécessité de tests sanguins préalables, à la recherche d'une éventuelle maladie infectieuse ou génétique dont je serai, le cas échéant, informée.

Le traitement comporte plusieurs étapes :

-          une stimulation hormonale des ovaires d'une dizaine de jours

-         une surveillance des ovaires par échographies-prises de sang

-          une ponction des ovaires sous anesthésie locale par voie vaginale

 Cela suppose une certaine disponibilité sur une dizaine de jours.

Je suis consciente que la procédure peut comporter certains risques, même s'ils sont exceptionnels, en particulier

Ceux liés au traitement hormonal des ovaires :

Hyperstimulation, douleurs abdominales, ballonnements, gêne respiratoire, kystes ovariens, phlébite

et ceux liés au prélèvement ovocytaire (complication infectieuse ou hémorragique).

J'ai compris qu'il y a un risque (minime) de grossesse en cas de rapports non protégés dans la semaine suivant le don,

et que le cycle suivant le don peut être perturbé (pour celles qui ne reprennent pas la pilule).

Je m’engage à signaler à l'équipe médicale toute pathologie diagnostiquée ultérieurement pouvant se transmettre par mes gamètes.

PS : ce consentement est révocable à tout moment sans justification si c'est ma décision.

Metz le …………………………………………..
*Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"*