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 :**…………………………………………………………………………………………………………..
Nom de jeune fille :  ………………………………………………………………………………………………..

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

Tél : ………………………………………………………………………………………………………………….

                 CONSENTEMENT EN VUE DE CONGELATION OVOCYTAIRE

J’accepte la **congélation de mes ovocytes** par la technique de vitrification.

J'ai compris l'information donnée sur la mise en œuvre de cette technique, avec nécessité d'une stimulation puis d'une ponction ovariennes, avec des risques potentiels  infectieux et hémorragiques, d'hyperstimulation et d'accident thromboembolique.

Les ovocytes seront décongelés ultérieurement et mis en fécondation avec les spermatozoïdes de mon conjoint par la technique d’ICSI (injection directe du spermatozoïde dans l'ovocyte).

J’ai été avertie que la ponction peut ramener un nombre plus limité d'ovocytes que prévu, que tous les ovocytes recueillis ne sont pas forcément matures et donc congelables.

De même tous les ovocytes ne résistent pas forcément à la décongélation.

Enfin, comme pour toute ICSI, il est possible qu’aucun embryon ne soit obtenu et que donc un transfert ne soit pas possible.

Je suis également informée que la restitution de mes ovocytes n'est pas un dû (si celle-ci n'est pas en accord avec la loi de bioéthique ou mon état de santé).

La conservation de mes ovocytes est renouvelable tous les ans par courrier et, par conséquent, je me dois de signaler au centre d’AMP tout changement d’adresse.

Remarque : la psychologue du centre est à votre disposition si vous souhaitez, dans un délai bref ou plus lointain.

Lu et accepté, Fait à ………………………………………. Le ………………………………