



Consentement mutuel – Fécondation in vitro et conservation d'embryons

Nous, soussignés,

MONSIEUR

NOM.....

MADAME

NOM.....

PRENOM.....

PRENOM.....

Né le.....

NOM de Jeune Fille.....

Née le.....

ADRESSE

.....CP.....VILLE.....

TEL fixe :

PORTABLE :

◆ Donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type :

.....

◆ Certifions que les conditions du couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation sont toujours remplies.

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

Refusons la congélation et la cryoconservation des embryons et donnons notre accord pour la mise en fécondation d'un maximum de 3 ovocytes.

Nous sommes informés que, en vertu de la loi 94-654 du 29 juillet 1994 :

- notre projet parental doit être réalisé dans un délai de 5 ans
- notre accord pour la conservation est renouvelable tous les ans et que par conséquent, nous devons signaler au centre d'assistance médicale à la procréation, tout changement d'adresse
- la loi actuelle ne prévoit pas de possibilité d'interruption de la cryoconservation des embryons
- 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 et que les trois possibilités suivantes seront offertes :

1. Destruction des embryons
2. Don des embryons en vue d'accueil pour un couple receveur
3. A titre exceptionnel, don des embryons en vue d'études à finalité médicale.

CE DOCUMENT EST A RENOUVELER POUR CHAQUE TENTATIVE

Fait à Paris le :

Monsieur

Lu et approuvé

Madame

Lu et approuvé