



CONSENTEMENT D'AUTOCONSERVATION DU SPERME

MONSIEUR : **NOM**.....**PRENOM**.....

Date et lieu de Naissance

ADRESSE.....

.

.....**CP**.....**VILLE**.....

...

CONDITION DE L'AUTOCONSERVATION :

- La demande de conservation du sperme est strictement personnelle.
- Le Laboratoire DROUOT en assure la cryopréservation pour une durée de 1 an, renouvelable sur demande expresse du dépositaire avant la date anniversaire de la mise en congélation
La durée légale de conservation ne peut dépasser 3 ans.
Il peut être mis fin à la conservation par demande écrite du patient dépositaire.
- Au delà des 3 ans légaux, et sans nouvelle du dépositaire, les paillettes ne seront plus conservées.
- Il est précisé que le laboratoire Drouot n'est tenu, en ce qui concerne la conservation du sperme qu'à une obligation de moyens et qu'il ne peut garantir la qualité du pouvoir fécondant du sperme déposé.
Si le test de décongélation est négatif, il sera mis automatiquement fin à la conservation.

LA DEMANDE de cryopréservation du sperme devra être accompagnée des pièces suivantes :

- Examens sérologiques récents (HIV, Hépatite B, C, et BW)
- Photocopie des pièces d'identité.
- Règlement de l'acte selon la nomenclature des actes biologiques (JO du 26/01/2000) Ce règlement est à renouveler chaque année de conservation.

Pour UTILISATION, le sperme ainsi conservé ne sera remis qu'au dépositaire présent et consentant ou à sa conjointe dûment mandatée.

Je soussigné, **NOM**.....**PRENOM**....., autorise
ma conjointe **NOM**.....**PRENOM**....., à retirer
mes paillettes de sperme congelé, dans le cadre exclusif d'une technique d'assistance médicale
à la procréation..

Fait àle.....
Signature précédée de la mention manuscrite : « lu et approuvé »

