



SELAS LABORATOIRE DU CENTRE

Laboratoire de biologie médicale multisite n° 66-87

F. Avantin, P. Bally, T. Cocq, J.F. Coste, M. Daniel, P. Fabre, L. Garcia, V. Giraudier,
F. Malafosse, P. Murgier, A. Pitiot-Verstraeten, T. Valentin, L. Verstraeten

PRELEVEMENT D'OVOCYTES CHEZ UNE PATIENTE DONT LA FERTILITE RISQUE D'ETRE PREMATUREMENT ALTEREE

Notice d'information

Madame, Mademoiselle,

Lorsque la fertilité d'une patiente risque malheureusement d'être prématurément altérée, il est à présent possible d'essayer de la préserver en prélevant et en congelant des ovocytes puis en les conservant.

Si un traitement de stimulation ovarienne est possible, vos ovocytes pourront être prélevés, et congelés par vitrification dans des paillettes. Pour que la conservation soit réalisée, il est nécessaire que vous donniez par écrit votre consentement (Arrêté du 30/06/17).

Si besoin, dans le cadre d'une Aide Médicale à la Procréation (Loi du 07/07/2011), et en accord avec les médecins gynécologues et biologistes de la reproduction, nous décongèlerons les ovocytes et nous utiliserons la technique de fécondation assistée par micro injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour vous aider à avoir un enfant.

Nous ne pouvons cependant pas vous garantir le succès de cette démarche.

Nous vous informons que vous recevrez tous les ans, une demande de renouvellement de cryoconservation de vos ovocytes et vous prions, à cette fin, de nous tenir informés de tout changement d'adresse.



SELAS LABORATOIRE DU CENTRE

Laboratoire de biologie médicale multisite n° 66-87

F. Avantin, P. Bally, T. Cocq, J.F. Coste, M. Daniel, P. Fabre, L. Garcia, V. Giraudier,
F. Malafosse, P. Murgier, A. Pitiot-Verstraeten, T. Valentin, L. Verstraeten

DEMANDE DE PRELEVEMENT ET CONSERVATION D'OVOCYTES CHEZ UNE PATIENTE DONT LA FERTILITE RISQUE D'ETRE PREMATUREMENT ALTEREE

Je soussignée, Madame.....Prénom.....

Née le.....à

Adresse précise :

.....
.....

Numéro de sécurité sociale :.....

Accepte que des ovocytes soient prélevés et conservés de manière à m'être ultérieurement restitués dans le cadre d'une aide médicale à la procréation (Conformément à la Loi et aux Arrêtés en vigueur), en accord avec les médecins gynécologues et les biologistes de la reproduction.

CONDITIONS

1. La demande de conservation d'ovocytes est strictement personnelle.
2. Les ovocytes conservés ne seront remis qu'à Madame....., présente et consentante.
3. Le laboratoire de Biologie de la Reproduction n'est pas responsable des possibilités de fécondation des ovocytes restitués.
4. Les paillettes contenant les ovocytes ne seront détruites qu'après accord signé de votre part.
5. Le laboratoire de Biologie de la Reproduction effectue la congélation et assure la conservation des ovocytes. Une demande de renouvellement de la cryoconservation des ovocytes vous sera adressée tous les ans.
6. Des frais de congélation et annuellement des frais de conservation devront être acquittés.

**TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE DOIT IMPERATIVEMENT ETRE SIGNALE AU LABORATOIRE DE BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION**

Fait à Perpignan, le.....

SIGNATURES

« Je reconnais avoir été informé par le Docteur.....

des conditions de conservation et de réutilisation »

Patiente

Pour le laboratoire de Biologie de la Reproduction