



Centre AMP Saint
Pierre
169 avenue de Prades
66000 PERPIGNAN

**Consentement
d'autoconservation d'ovocytes
dans le cadre d'une fertilité
altérée prématurément**

Ref : R2.11-ENR-002-01
Version : 01
Applicable le : 22-10-2018



Prélèvement d'ovocytes chez les patientes dont la fertilité risque d'être prématurément altérée

Notice d'information

Madame,

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, mis en paillettes à raison de 1 ou 2 ovocytes par paillette et conservés dans l'azote liquide. Pour que la conservation soit réalisée, il est nécessaire que vous donniez par écrit votre consentement (Arrêté du 03/08/2010).

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 congèleront les ovocytes et nous utiliserons la technique de «l'Injection Intra Cytoplasmique d'un Spermatozoïde» pour vous aider à avoir un enfant.

Nous ne pouvons cependant pas vous garantir le succès de cette démarche. Les résultats actuels par ces techniques sont inférieurs à ceux de la fécondation in vitro avec ovocytes non congelés.

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.



Centre AMP Saint
Pierre
169 avenue de Prades
66000 PERPIGNAN

**Consentement
d'autoconservation d'ovocytes
dans le cadre d'une fertilité
altérée prématurément**

Ref : R2.11-ENR-002-01
Version : 01
Applicable le : 22-10-2018



Demande de prélèvement et conservation d'ovocytes chez les patientes dont la fertilité risque d'être prématurément altérée

Fait à Perpignan, le.....

Je soussignée, Madame.....Prénom.....

Née le.....à

Adresse précise :.....

.....

Adresse mail :.....

Numéro de sécurité sociale :.....

Accepte que les ovocytes soient prélevés et conservés de manière à m'être ultérieurement restitué dans le cadre d'une aide médicale à la procréation (Arrêté du 03/08/2010 et Loi du 07/07/2011), en accord avec les médecins gynécologues et 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.

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

SIGNATURES

« Je reconnais avoir été informé par le Docteur....., des conditions de conservation et de réutilisation »

Patiente

Pour le laboratoire de fécondation in vitro