



Prélèvement d'ovocytes chez des patientes soumises à un traitement à risque de stérilité

Notice d'information

Madame,

Vous allez subir un traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie. Ce traitement, s'il est très efficace contre votre maladie, a, néanmoins, des effets secondaires inévitables et très néfastes sur votre fertilité ultérieure. Bien que des grossesses aient été rapportées après ce type de traitement, il est possible que vos ovaires soient irrémédiablement altérés de manière prématurée. Nous ne disposons actuellement d'aucun moyen efficace pour éviter cette stérilité secondaire au traitement.

Pour préserver la fertilité des patientes dans votre situation, il est à présent possible de prélever et de congeler des ovocytes avant les traitements stérilisants et de les conserver. Si un traitement à stimulation ovarienne est possible, les ovocytes seront 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, au terme de votre traitement, dans le cadre d'une aide médicale à la procréation (Loi 07/07/2011), et en accord avec les médecins oncologues, gynécologues et biologistes de la reproduction nous décongèlerons 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 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 ensuite, 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.



Demande de prélèvement et conservation d'ovocytes chez les patientes soumises à un traitement à risque de stérilité

Fait à Perpignan, le.....

Je soussignée, Madame....., Prénom.....

Née le..... à.....

Adresse précise :

.....

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

Accepte que des 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 oncologues, 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, Mademoiselle....., 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 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 informée par le Docteur....., des conditions de conservation et de réutilisation. »

La patiente

Pour le Laboratoire de fécondation in vitro