

# SERVICE DE MÉDECINE DE LA PROCRÉATION

Madame, Monsieur

Vous allez prochainement bénéficier d'une tentative d'Assistance Médicale à la Procréation. Pour cela, un dossier complet doit être remis au Secrétariat FIVETE impérativement un mois avant la tentative.

Veillez trouver, ci-dessous, la liste des pièces à fournir (complétées et signées)

- 1 Fiche d'identification du couple
- 2 Certificat de mariage ou déclaration de vie commune pour les couples non mariés
- 3 Demande d'assistance médicale à la procréation
- 3 bis Information sur la fécondation in vitro assistée par micro-injection du spermatozoïde (dans le cas où l'ICSI est nécessaire)
- 4 Consentement et contrat de congélation d'embryons
- 4 bis Informations relatives à la conservation des embryons
- 5 Copie carte d'identité ou passeport de Madame
- 5 bis Copie carte d'identité ou passeport de Monsieur
- 6 Photocopie de la carte de Sécurité Sociale de Madame
- 7 Photocopies des examens sérologiques (HIV, hépatite B et C, TPHA) de Madame
- 7bis Photocopies des examens sérologiques (HIV, hépatite B et C, TPHA) de Monsieur
- 8 Compte rendu du conseil génétique (caryotype ou autre s'il est jugé nécessaire)
- 9 Dossier médical selon le modèle FIVETE NATIONAL (rempli par votre médecin lors de la consultation)

Le secrétariat vérifiera votre dossier. S'il est complet une demande d'entente préalable vous sera adressée ; ce document devra être complété par vos soins et envoyé dans les plus brefs délais à la Sécurité sociale.

En cas de dossier incomplet, aucun protocole ne devra être démarré.

Le secrétariat est ouvert pour les inscriptions du lundi au vendredi de 14 h 00 à 18 h 00 et *le samedi matin de 9 h 00 à 12 h 00*

SERVICE DE MÉDECINE DE LA PROCRÉATION (4ÈME ÉTAGE)  
63, BOULEVARD VICTOR HUGO  
92200 - NEUILLY SUR SEINE  
Tél : 01 46 41 28 81  
Fax : 01 46 41 28 32

## FICHE D'IDENTIFICATION DU COUPLE

Médecin du Centre d'AMP en charge du dossier :

.....

Madame

NOM:..... Prénom :.....

n° Sécurité Sociale :.....

Date de naissance :..... Tél bureau :.....

Monsieur

NOM:..... Prénom :.....

n° Sécurité Sociale :.....

Date de naissance :..... Tél bureau :.....

ADRESSE :.....

N° RUE :.....

Commune :.....

Code postal :..... Tél domicile :.....

## DÉCLARATION DE VIE COMMUNE

Nous soussignés, déclarons sur l'honneur mener une vie commune depuis plus de deux ans avant notre demande d'assistance médicale pour réaliser notre projet d'enfant.

MADAME : .....

MONSIEUR : .....

Date : .....

Signatures précédées de la  
mention "lu et approuvé"

Si vous êtes mariés faites une photocopie de votre livret de famille ou du certificat de mariage.

# DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous soussignés,

**MADAME** : .....

**MONSIEUR** : .....

- Déclarons avoir reçu un dossier guide d'information sur l'assistance médicale à la procréation.

- Confirmons avoir été complètement informés sur la pratique de l'intervention à venir par le Docteur

- Donnons notre accord pour que l'équipe du Centre de Médecine de la Procréation pratique :  
(cochez la mention utile)

- une insémination artificielle avec le sperme du conjoint (IAC)
- une fécondation in vitro sans microinjection de spermatozoïde (FIVETE)
- une fécondation in vitro avec microinjection de spermatozoïde (ICSI)
- une insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD)
- Autre, à préciser

Date :

Signatures précédées de la  
mention " lu et approuvé "

CE DOCUMENT DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE SIGNÉ PAR LES DEUX CONJOINTS AVANT TOUTE INTERVENTION

# INFORMATION SUR LA FECONDATION IN VITRO ASSISTEE PAR MICRO-INJECTION DU SPERMATOZOIDE

Madame, Monsieur,

Vous avez demandé à bénéficier de la fécondation in vitro pour tenter de résoudre votre problème d'infécondité. Les bilans réalisés indiquent que cette infécondité est, au moins en partie, causée par la qualité insuffisante du sperme.

Nous estimons que, dans les conditions habituelles de la FIV, les chances de fécondation sont trop faibles et nous vous proposons de procéder à une modification technique de cette méthode : un spermatozoïde sera introduit directement dans l'ovocyte à l'aide d'une petite pipette et sous examen au microscope.

Cette technique (intracytoplasmic sperm injection = ICSI) est largement utilisée à travers le monde. Cependant il est encore trop tôt pour chiffrer son efficacité dans chaque situation ou même préciser pour quel type de carence du sperme elle serait bénéfique.

Les examens et traitements qui vous seront proposés sont exactement les mêmes que ceux nécessaires à une FIV classique.

Nous vous proposons de réaliser l'ICSI au moins deux fois et de discuter avec vous sur son éventuelle répétition, en fonction des résultats obtenus.

Cas particulier d'azoospermie excrétoire : quand la stérilité est causée par l'occlusion ou l'absence des canaux conduisant les spermatozoïdes, le recueil des spermatozoïdes est le plus souvent réalisé chirurgicalement, sous anesthésie générale. Dans cette situation il est parfois possible de congeler des spermatozoïdes ainsi prélevés, en vues d'essais ultérieurs.

Cas particulier d'azoospermie sécrétoire : quand aucun spermatozoïde n'est présent dans le sperme, on peut cependant en découvrir dans le testicule par prélèvement direct, ce qui nécessite une intervention sous anesthésie.

La fécondation in vitro assistée par injection du spermatozoïde a permis la naissance de plusieurs centaines de bébés normaux ces dernières années. Cependant, comme toute nouvelle méthode, celle-ci nécessite une large confirmation qui nous conduit à souhaiter que les moyens habituels de diagnostic prénatal actuellement disponibles soient mis en oeuvre lors d'une grossesse. Une amniocentèse est à envisager en cas d'anomalie génétique paternelle. Une étude échographique soigneuse de la morphologie du fœtus est indispensable.

Date

Signatures précédées de la mention  
"lu et approuvé"

MADAME

Nom :.....

Prénom :.....

MONSIEUR

Nom :.....

Prénom :.....

# CONSENTEMENT ET CONTRAT DE CONGELATION D'EMBRYONS

Madame, Monsieur,

Pour augmenter les chances de succès il est habituel que soit tentée la fécondation de tous les ovocytes recueillis. Toutefois, il est important de limiter le nombre d'embryons transférés dans l'utérus après fécondation in vitro afin de réduire le risque de grossesse multiple.

Avec votre accord, certains embryons non transférés et aptes à être conservés par le froid, seraient alors congelés puis conservés pour vous au laboratoire.

Les embryons qui résisteront au processus de congélation-décongélation pourront être transférés ultérieurement. La congélation d'embryons est actuellement largement pratiquée et a permis la naissance de nombreux bébés (environ 2 000 en France) ne présentant aucune séquelle de ce traitement.

Nous sollicitons, à l'avance, votre accord de principe pour l'éventuelle congélation et conservation des embryons.

Veuillez cocher la case correspondant à votre choix et signer l'ensemble du document au verso, après en avoir pris connaissance.

Nous, soussignés,

**MADAME**..... Nom de jeune fille.....

n° de Sécurité Sociale.....

**MONSIEUR**.....

n° de Sécurité Sociale.....

domiciliés à.....

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

Refusons la congélation et la conservation des embryons. Nous demandons donc que ne soit mis en fécondation qu'un nombre réduit d'ovocytes (en général 2 ou 3) permettant le transfert de tous les embryons puisque leur nombre ne dépassera jamais ainsi 2 ou 3.

*Pendant la durée de la conservation tout changement d'adresse ou de situation conjugale devra impérativement être signalé.*

## INFORMATIONS RELATIVES A LA CONSERVATION DES EMBRYONS

Si une congélation a effectivement lieu, un document complété par nos soins, vous sera remis. Ce document vous précisera :

- A l'issue de votre tentative de FIV, le nombre d'embryons qui auront pu être congelés et la date de cette congélation.
- Qu'en l'absence de grossesse, le transfert des embryons congelés devra être envisagé avant toute nouvelle tentative de FIV. Cette restitution ne pourra s'effectuer qu'à la demande conjointe des deux membres du couple.

Il vous informera que, en vertu de la loi 94-654 du 29 Juillet 1994 :

- les embryons sont conservés dans l'intention de réaliser votre demande parentale dans un délai de cinq ans,
- votre accord pour la conservation est renouvelable tous les ans, la conservation annuelle fait l'objet de frais conformément à la nomenclature des actes biologiques de la Sécurité Sociale.
- 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.

Pour exprimer votre choix, sur les suites de la conservation, vous aurez donc à compléter un formulaire précisant si :

A - Vous demandez la poursuite de la conservation de vos embryons ou

B - Vous renoncez à votre projet parental. Dans ce dernier cas et en fonction des dispositions légales en vigueur vous pourrez

1/ accepter l'accueil de vos embryons par un couple receveur,

ou

2/ donner votre accord pour qu'après une durée de conservation au moins égale à cinq ans, il puisse être mis fin à cette conservation

ou

3/faire don, à titre exceptionnel, de vos embryons en vue d'études à finalité médicale.

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Les soussignés s'engagent, par avance, à accepter les règles régissant la conservation des embryons ; à leur demande leur position pourra être révisée pendant toute la durée de la conservation, étant entendu qu'en cas de litige intervenant pour des raisons actuellement non prévisibles, une solution sera recherchée entre les deux membres du couple et le service, en fonction des dispositions légales en vigueur et éventuellement après avis des instances consultatives d'éthique compétentes.

Fait à..... le.....  
(signatures *des* deux membres du couple précédées de la mention "Lu et Approuvé")

le praticien :

Madame :

Monsieur :