



## CONSENTEMENT AUX ACTES d'AMP



Centre de Fertilité de l'Hôpital TENON – 4 rue de la Chine – 75070 PARIS Cedex 20  
Service de Médecine de la Reproduction : 01.56.01.68.69, [secretariat\\_amp.tnn@aphp.fr](mailto:secretariat_amp.tnn@aphp.fr)  
Service de Biologie de la Reproduction : 01.56.01.78.01/02, [secretariat\\_biorepro.tnn@aphp.fr](mailto:secretariat_biorepro.tnn@aphp.fr)

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Adresse mail \_\_\_\_\_ Adresse mail \_\_\_\_\_  
Adresse postale \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Je consens / Nous consentons : (rayer les mentions inutiles)

- à l'insémination artificielle
- à la Fécondation in-vitro sans (FIV) ou avec micro-injection (ICSI)
- au Transfert d'embryon(s) Congelé(s)

Je certifie / Nous certifions :

- Remplir les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP).
- Ne pas être marié.e.s ni en cours de procédure de divorce avec une personne autre.

Lors d'une tentative de FIV, le nombre d'embryons obtenus peut être supérieur au nombre d'embryons transférés. La loi de bioéthique autorise leur congélation avec votre accord en vue d'un transfert ultérieur. Vous êtes libres de refuser, auquel cas nous serions amenés à limiter le nombre d'ovocytes mis en fécondation.

- J'accepte / Nous acceptons la congélation des embryons non transférés.
- Je refuse / Nous refusons la congélation d'embryon.

En cas d'accord sur la congélation, vous serez ensuite consultés tous les ans par écrit sur le maintien ou non de votre projet parental vis à vis des embryons congelés. Les embryons congelés doivent impérativement être tous transférés avant toute nouvelle tentative de FIV. En cas d'abandon de votre projet parental ; vous pourrez consentir à ce moment à l'arrêt de leur conservation, l'accueil de vos embryons par d'autres patients, le don de vos embryons à la recherche médicale.

Je suis informée/ nous sommes informé.e.s que mon/ notre consentement peut être révoqué à tout moment.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :