

Pr Jean Marc AYOUBI

Chef de Service

Secrétariat

☎ 01 46 25 22 28

Fax 01 46 25 27 59

Unité de Médecine de
la Reproduction

Référents cliniques

Dr Stéphanie FAY

Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires

Pr Philippe BOUCHARD

Pr Dominique de ZIEGLER

Pr René FRYDMAN

Consultants

Dr Elisabeth ARBOGAST

Dr Claire BASILLE

Dr Bernard BLASCO

Dr Marc EVEN

Dr Clémence GOUT

Dr Elodie HERZOG

Dr Anaïs LAVONGTHEUNG

Dr Sarah SEBAG

Dr L. THERON GERARD

Dr Chloé TRAN

Dr Chadi YAZBECK

Andrologie

Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95

Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité

Pr Jean-Marc AYOUBI

Dr Marie CARBONNEL

Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie

Dr Myriam SZEJER

Léa KARPEL

Unité de Biologie de la
Reproduction

Biologiste responsable

Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux

Dr Achraf BENAMMAR

Dr Françoise BONNEAUD

Dr Meryem FILALI

Dr Camille FOSSARD

Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire

☎ 01 46 25 19 94

Fax laboratoire

01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice

Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre

Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre

supérieur

Christine SANHUEZA

Rendez-vous

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95

rdv.amp@hopital-foch.com

Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet

gynfoch.com

PROGRAMMATION DE VOTRE INSEMINATION INTRA-UTERINE PROTOCOLE MONITORAGE FSH

1. Suite à votre dernière consultation, vous aurez à envoyer un mail le 1er jour de votre cycle, à l'adresse suivante :

programmation.amp@hopital-foch.com

En précisant le mois désiré de votre tentative.

Merci de préciser dans votre mail :

- votre nom, prénom, date de naissance (femme)
- le nom du gynécologue qui vous a donné le traitement
- l'intitulé du protocole (Monitoring FSH)
- votre numéro de téléphone
- la date de vos dernières règles (premier jour de saignements rouge)
- si vous avez eu votre consultation biologique à Foch. Pour information, cette consultation est obligatoire pour le couple avant la première prise en charge dans le centre

2. A réception de cet email, nous vous répondrons dans les jours suivants afin de :

- vous autoriser à débuter le traitement **pour la période choisie**
- vous indiquer les dates de votre premier contrôle d'échographie et prise de sang dans le centre de Foch (généralement entre le 10^{ème} et 12^{ème} jour du cycle). Merci de bien vouloir **respecter l'horaire de rendez-vous** que vous recevrez via **Doctolib®** les jours suivants afin de limiter l'attente.

3. Pensez à ramener les documents suivants (si pas encore fait), sous peine d'annulation de votre tentative :

- Vos papiers d'identités
- La preuve d'une vie commune
- Les consentements signés
- Vos sérologies (à tous les 2) à jour
- Le dernier spermogramme et TMS
- La spermoculture à jour (de moins de 6 mois)

4. Le centre de Foch vous offre gratuitement une application, wistim, qui vous permet de recevoir l'ensemble de vos consignes de traitement sur votre téléphone. Pour cela, téléchargez l'application **Wistim®** (Apple store ou Google play) et choisissez le centre « PMA Foch » avant votre premier rendez-vous de contrôle de stimulation.

5. Si vous rencontrez des problèmes durant votre traitement, vous pouvez toutefois contacter l'équipe médicale à cette adresse mail, à n'utiliser que pour les questions :

contact.amp@hopital-foch.com (éviter le téléphone autant que faire se peut en raison de l'encombrement des lignes).

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

Prescripteur : Dr Paul PIRTEA

N° RPPS



10100576098

Unité de Médecine de
la Reproduction

ORDONNANCE

Référents cliniques

Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires

Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants

Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie

Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité

Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie

Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la
Reproduction

Biologiste responsable

Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux

Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire

☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice

Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre

Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre

supérieur

Christine SANHUEZA

Rendez-vous

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet

gynfoch.com

Madame

1- ACIDE FOLIQUE 0.4 mg ou FERTIFOL 400 µg :

1 cp/jour à débiter 1 mois avant le traitement de l'insémination et à poursuivre pendant les 3 premiers mois de grossesse

2-

Faire pratiquer..... UI/jour en sous-cutané
A partir du Jour du cycle et pendant 10 jours (à renouveler à la demande).

3- ORGALUTRAN 0.25 mg :

Faire pratiquer 1 ampoule/jour en sous-cutané (traitement pour 3 jours, à renouveler à la demande).

A ne prendre que sur avis médical

4- OVITRELLE 250 µg :

Faire pratiquer la totalité de la dose en sous cutané 1 fois

5- PROGESTAN 200 mg :

Introduire 3 comprimés/jour (1 cp matin et 2 cp le soir) au fond du vagin pendant 15 jours à commencer 48 heures après l'injection de Ovitrelle.

A poursuivre jusqu'au test de grossesse ; si celui-ci est positif ce traitement devra être maintenu 6 semaines.

Suresnes, le

Important:

- Attention ! Cette ordonnance est valable **pour 3 cycles** et doit être conservée. Cependant, l'autorisation de la secrétaire est **indispensable** avant le démarrage de chaque traitement.
- Les injections sont à effectuer éventuellement à domicile par une auxiliaire médicale ou IDE, y compris samedi, dimanche, jours fériés, et après 20h00.



Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

**Sage-femme Cadre
supérieur**
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINESS 92000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

Prescripteur : Dr Paul PIRTEA

N° RPPS



ORDONNANCE

Madame

Faire pratiquer :

Sérologies:

- HIV1 et HIV2 (Sida)
- TPHA-VDRL (Syphilis)
- AgHbs, Ac antiHbs, antiHBc (Hépatite B)
- HCV (Hépatite C)
- Rubéole
- Toxoplasmose
- HTLV1 et 2 (Pour les personnes vivant dans les régions à forte incidence du virus.)

Suresnes, le

N°FINESS



Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

**Sage-femme Cadre
supérieur**
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINESS 920000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

Prescripteur : Dr Paul PIRTEA

N° RPPS



10100576098

ORDONNANCE

Monsieur

Faire pratiquer :

○ **Sérologies:**

- HIV1 et HIV2 (Sida)
- TPHA-VDRL (Syphilis)
- AgHbs, Ac antiHbs, antiHBc (Hépatite B)
- HCV (Hépatite C)
- HTLV1 et 2 (Pour les personnes vivant dans les régions à forte incidence du virus.)

- **Spermoculture (mycoplasme inclus) ± antibiogramme**
- **Spermogramme – TMS**
- **Recherche de Chlamydiae sur premier jet urinaire**

Suresnes, le

N°FINESS



920000650

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

**Sage-femme Cadre
supérieur**
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

CONSETEMENTS

1. Veuillez compléter et signer les formulaires et les consentements ci-joints :
 - a. Une copie devra être remise à l'équipe clinico-biologique lors de votre premier contrôle à Foch.
 - b. L'autre copie sera gardée par le couple.
 2. Le **FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCREATION** devra être signé lors de la **première** prise en charge d'AMP.
 3. Le **CONSETEMENT** devra être signé à **chaque** tentative d'AMP.
- Important !** Pour rappel, les pièces obligatoires de votre dossier médical sont :

 - les photocopies des pièces d'identité des deux membres du couple
 - un document attestant une vie commune du couple (certificat de mariage, PACS, attestation sur l'honneur, etc
 - les résultats de tous les examens qui vous ont été prescrits.
4. Nous restons à votre disposition pour toute information concernant la teneur et le remplissage de ce consentement au **01 46 25 19 90/95** ou **contact.amp@hopital-foch.com**

L'équipe de Médecine et Biologie de la Reproduction

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

Nous soussignés :

• **CERTIFIONS** avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le (date de la 1ère consultation pour infertilité à l'hôpital Foch, délai de réflexion d'au moins un mois), une assistance médicale à la procréation, dans le cadre de notre couple.

• **CERTIFIONS** avoir lu le dossier-guide version papier ou sur le site de l'Agence de Biomédecine (<http://www.procreation-medicale.fr/wp-content/uploads/2016/04/GUIDEAMP2016.pdf>) et avoir été informés des différents projets parentaux, y compris celui de l'adoption, ainsi que des différentes techniques d'assistance médicale à la procréation disponibles.

• **CERTIFIONS** avoir reçu le dossier-guide et avoir été informés des différents projets parentaux y compris de l'adoption ainsi que des différentes techniques d'assistance médicale à la procréation et de leurs conséquences.

• **SOMMES INFORMES** que tout centre d'assistance médicale à la procréation doit transmettre les données relatives à chacune tentative d'assistance médicale à la procréation à l'Agence de Biomédecine. Ces données serviront à l'analyse des issues des traitements sur le plan épidémiologique et de sécurité sanitaire. Elles peuvent être transmises nominativement ou de façon anonymisée selon le choix du couple de patients.

Nous souhaitons que les informations envoyées à l'Agence de Biomédecine soient :

Nominatives

Anonymisées

• **CONFIRMONS** notre demande d'assistance médicale à la procréation.

Nom (Madame) :

Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature

Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à : le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)
Consentement pour AMP septembre2018 – soins/formulaire/121

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

Nous soussignés :

• **CERTIFIONS** avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le (date de la 1ère consultation pour infertilité à l'hôpital Foch, délai de réflexion d'au moins un mois), une assistance médicale à la procréation, dans le cadre de notre couple.

• **CERTIFIONS** avoir lu le dossier-guide version papier ou sur le site de l'Agence de Biomédecine (<http://www.procreation-medicale.fr/wp-content/uploads/2016/04/GUIDEAMP2016.pdf>) et avoir été informés des différents projets parentaux, y compris celui de l'adoption, ainsi que des différentes techniques d'assistance médicale à la procréation disponibles.

• **CERTIFIONS** avoir reçu le dossier-guide et avoir été informés des différents projets parentaux y compris de l'adoption ainsi que des différentes techniques d'assistance médicale à la procréation et de leurs conséquences.

• **SOMMES INFORMES** que tout centre d'assistance médicale à la procréation doit transmettre les données relatives à chacune tentative d'assistance médicale à la procréation à l'Agence de Biomédecine. Ces données serviront à l'analyse des issues des traitements sur le plan épidémiologique et de sécurité sanitaire. Elles peuvent être transmises nominativement ou de façon anonymisée selon le choix du couple de patients.

Nous souhaitons que les informations envoyées à l'Agence de Biomédecine soient :

Nominatives

Anonymisées

• **CONFIRMONS** notre demande d'assistance médicale à la procréation.

Nom (Madame) :

Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature

Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à : le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)
Consentement pour AMP septembre2018 – soins/formulaire/121

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service

Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques

Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires

Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants

Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie

Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité

Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie

Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable

Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux

Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire

☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice

Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre

Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre

supérieur

Christine SANHUEZA

Rendez-vous

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet

gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINESS 920000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

CONSENTEMENT POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **insémination intra-utérine** et **certifions** que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande du (date de la 1^{ère} consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. Nous comprenons et acceptons les points suivants :

- Des hormones et d'autres médicaments pourront être administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- En cas de réponse excessive ou insuffisante au traitement, la stimulation peut être abandonnée avant l'insémination intra-utérine.
- Il nous a été fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons que l'arrêt du traitement puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- Nous savons qu'il a été suggéré que l'utilisation répétée de traitements de l'infertilité puisse être associée à un risque accru de cancer gynécologique bien qu'à ce jour cette éventualité n'ait pas été prouvée.
- Par insémination intra-utérine l'on entend l'introduction du sperme préparé dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter approprié.
- Nous devons informer le centre de médecine et biologie de la reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il existe un risque de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine et de fausse couche spontanée.
- Une grossesse multiple est une grossesse à risques pour la mère et pour les enfants.
- Il existe un risque d'anomalies fœtales, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. Nous donnons notre accord:

- A un acte d'**insémination intra-utérine** entre conjoint nécessaire à la réalisation de notre projet parental :

Oui Non

OU (à ne remplir que si vous êtes candidats à une insémination avec sperme de donneur)

- A un acte d'**insémination intra-utérine avec tiers donneur** et certifions avoir donné notre consentement à l'insémination artificielle, avec tiers donneur, devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.20 du Code Civil :

Oui Non

- 3. Nous sommes informés que ce consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt de requête de divorce ou en séparation de corps ou cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de l'assistance médicale à la procréation.

Oui Non

Nous considérons que nous avons eu toutes les réponses à nos questions. Nous savons que nous pouvons à tout moment demander un complément d'informations et que nous sommes libres de retirer notre consentement en tout temps.

Nom (Madame) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Née le :

Adresse :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Nom (Monsieur) :

Prénoms :

Né le :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- **Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune**

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)
Consentement pour IUI septembre 2018 – soins/formulaire/122

N°FINESS



920000650

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service

Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques

Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires

Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants

Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie

Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité

Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie

Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable

Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux

Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire

☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice

Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre

Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre

supérieur

Christine SANHUEZA

Rendez-vous

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINESS 920000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

CONSENTEMENT POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **insémination intra-utérine** et **certifions** que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande du (date de la 1^{ère} consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. Nous comprenons et acceptons les points suivants :

- Des hormones et d'autres médicaments pourront être administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- En cas de réponse excessive ou insuffisante au traitement, la stimulation peut être abandonnée avant l'insémination intra-utérine.
- Il nous a été fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons que l'arrêt du traitement puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- Nous savons qu'il a été suggéré que l'utilisation répétée de traitements de l'infertilité puisse être associée à un risque accru de cancer gynécologique bien qu'à ce jour cette éventualité n'ait pas été prouvée.
- Par insémination intra-utérine l'on entend l'introduction du sperme préparé dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter approprié.
- Nous devons informer le centre de médecine et biologie de la reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il existe un risque de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine et de fausse couche spontanée.
- Une grossesse multiple est une grossesse à risques pour la mère et pour les enfants.
- Il existe un risque d'anomalies fœtales, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. Nous donnons notre accord:

- A un acte d'**insémination intra-utérine** entre conjoint nécessaire à la réalisation de notre projet parental :

Oui Non

OU (à ne remplir que si vous êtes candidats à une insémination avec sperme de donneur)

- A un acte d'**insémination intra-utérine avec tiers donneur** et certifions avoir donné notre consentement à l'insémination artificielle, avec tiers donneur, devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.20 du Code Civil :

Oui Non

3. Nous sommes informés que ce consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt de requête de divorce ou en séparation de corps ou cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de l'assistance médicale à la procréation.

Oui Non

Nous considérons que nous avons eu toutes les réponses à nos questions. Nous savons que nous pouvons à tout moment demander un complément d'informations et que nous sommes libres de retirer notre consentement en tout temps.

Nom (Madame) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Née le :

Adresse :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Nom (Monsieur) :

Prénoms :

Né le :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- **Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune**

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)

Consentement pour IUI septembre 2018 – soins/formulaire/122

N°FINESS



920000650

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

**Sage-femme Cadre
supérieur**
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINESS 920000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

CONSENTEMENT POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **insémination intra-utérine** et **certifions** que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande du (date de la 1^{ère} consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. Nous comprenons et acceptons les points suivants :

- Des hormones et d'autres médicaments pourront être administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- En cas de réponse excessive ou insuffisante au traitement, la stimulation peut être abandonnée avant l'insémination intra-utérine.
- Il nous a été fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons que l'arrêt du traitement puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- Nous savons qu'il a été suggéré que l'utilisation répétée de traitements de l'infertilité puisse être associée à un risque accru de cancer gynécologique bien qu'à ce jour cette éventualité n'ait pas été prouvée.
- Par insémination intra-utérine l'on entend l'introduction du sperme préparé dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter approprié.
- Nous devons informer le centre de médecine et biologie de la reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il existe un risque de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine et de fausse couche spontanée.
- Une grossesse multiple est une grossesse à risques pour la mère et pour les enfants.
- Il existe un risque d'anomalies fœtales, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. Nous donnons notre accord:

- A un acte d'**insémination intra-utérine** entre conjoint nécessaire à la réalisation de notre projet parental :

Oui Non

OU (à ne remplir que si vous êtes candidats à une insémination avec sperme de donneur)

- A un acte d'**insémination intra-utérine avec tiers donneur** et certifions avoir donné notre consentement à l'insémination artificielle, avec tiers donneur, devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.20 du Code Civil :

Oui Non

- 3. Nous sommes informés que ce consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt de requête de divorce ou en séparation de corps ou cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de l'assistance médicale à la procréation.

Oui Non

Nous considérons que nous avons eu toutes les réponses à nos questions. Nous savons que nous pouvons à tout moment demander un complément d'informations et que nous sommes libres de retirer notre consentement en tout temps.

Nom (Madame) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Née le :

Adresse :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Nom (Monsieur) :

Prénoms :

Né le :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- **Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune**

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)

Consentement pour IUI - septembre 2018 - soins/formulaire/122

N°FINESS



920000650

**Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service**

Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques

Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires

Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants

Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie

Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité

Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie

Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable

Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux

Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire

☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice

Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre

Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre

supérieur

Christine SANHUEZA

Rendez-vous

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet

gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINES 92000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

CONSENTEMENT POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **insémination intra-utérine** et **certifions** que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande du (date de la 1^{ère} consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. Nous comprenons et acceptons les points suivants :

- Des hormones et d'autres médicaments pourront être administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- En cas de réponse excessive ou insuffisante au traitement, la stimulation peut être abandonnée avant l'insémination intra-utérine.
- Il nous a été fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons que l'arrêt du traitement puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- Nous savons qu'il a été suggéré que l'utilisation répétée de traitements de l'infertilité puisse être associée à un risque accru de cancer gynécologique bien qu'à ce jour cette éventualité n'ait pas été prouvée.
- Par insémination intra-utérine l'on entend l'introduction du sperme préparé dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter approprié.
- Nous devons informer le centre de médecine et biologie de la reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il existe un risque de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine et de fausse couche spontanée.
- Une grossesse multiple est une grossesse à risques pour la mère et pour les enfants.
- Il existe un risque d'anomalies fœtales, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. Nous donnons notre accord:

- A un acte d'**insémination intra-utérine** entre conjoint nécessaire à la réalisation de notre projet parental :

Oui Non

OU (à ne remplir que si vous êtes candidats à une insémination avec sperme de donneur)

- A un acte d'**insémination intra-utérine avec tiers donneur** et certifions avoir donné notre consentement à l'insémination artificielle, avec tiers donneur, devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.20 du Code Civil :

Oui Non

- 3. Nous sommes informés que ce consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt de requête de divorce ou en séparation de corps ou cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de l'assistance médicale à la procréation.

Oui Non

Nous considérons que nous avons eu toutes les réponses à nos questions. Nous savons que nous pouvons à tout moment demander un complément d'informations et que nous sommes libres de retirer notre consentement en tout temps.

Nom (Madame) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Née le :

Adresse :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Nom (Monsieur) :

Prénoms :

Né le :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- **Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune**

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)

Consentement pour IUI septembre 2018 – soins/formulaire/122

N°FINES



92000650

**Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service**

Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques

Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires

Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants

Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie

Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité

Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie

Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable

Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux

Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire

☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice

Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre

Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre

supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINES 92000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

CONSENTEMENT POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **insémination intra-utérine** et **certifions** que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande du (date de la 1^{ère} consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. Nous comprenons et acceptons les points suivants :

- Des hormones et d'autres médicaments pourront être administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- En cas de réponse excessive ou insuffisante au traitement, la stimulation peut être abandonnée avant l'insémination intra-utérine.
- Il nous a été fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons que l'arrêt du traitement puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- Nous savons qu'il a été suggéré que l'utilisation répétée de traitements de l'infertilité puisse être associée à un risque accru de cancer gynécologique bien qu'à ce jour cette éventualité n'ait pas été prouvée.
- Par insémination intra-utérine l'on entend l'introduction du sperme préparé dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter approprié.
- Nous devons informer le centre de médecine et biologie de la reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il existe un risque de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine et de fausse couche spontanée.
- Une grossesse multiple est une grossesse à risques pour la mère et pour les enfants.
- Il existe un risque d'anomalies fœtales, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. Nous donnons notre accord:

- A un acte d'**insémination intra-utérine** entre conjoint nécessaire à la réalisation de notre projet parental :

Oui Non

OU (à ne remplir que si vous êtes candidats à une insémination avec sperme de donneur)

- A un acte d'**insémination intra-utérine avec tiers donneur** et certifions avoir donné notre consentement à l'insémination artificielle, avec tiers donneur, devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.20 du Code Civil :

Oui Non

- 3. Nous sommes informés que ce consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt de requête de divorce ou en séparation de corps ou cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de l'assistance médicale à la procréation.

Oui Non

Nous considérons que nous avons eu toutes les réponses à nos questions. Nous savons que nous pouvons à tout moment demander un complément d'informations et que nous sommes libres de retirer notre consentement en tout temps.

Nom (Madame) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Née le :

Adresse :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Nom (Monsieur) :

Prénoms :

Né le :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- **Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune**

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)

Consentement pour IUI septembre 2018 – soins/formulaire/122

N°FINES



92000650

**Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service**

Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

**Unité de Médecine de
la Reproduction**

Référents cliniques

Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires

Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants

Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie

Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité

Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie

Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

**Unité de Biologie de la
Reproduction**

Biologiste responsable

Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux

Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire

☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice

Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre

Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre

supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous

☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet

gynfoch.com

40, Rue Worth - BP 36 - 92151 Suresnes – Tél 01 46 25 20 00

N°FINES 920000650 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – Participation au service public hospitalier

CONSENTEMENT POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **insémination intra-utérine** et **certifions** que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande du (date de la 1^{ère} consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. Nous comprenons et acceptons les points suivants :

- Des hormones et d'autres médicaments pourront être administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- En cas de réponse excessive ou insuffisante au traitement, la stimulation peut être abandonnée avant l'insémination intra-utérine.
- Il nous a été fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons que l'arrêt du traitement puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- Nous savons qu'il a été suggéré que l'utilisation répétée de traitements de l'infertilité puisse être associée à un risque accru de cancer gynécologique bien qu'à ce jour cette éventualité n'ait pas été prouvée.
- Par insémination intra-utérine l'on entend l'introduction du sperme préparé dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter approprié.
- Nous devons informer le centre de médecine et biologie de la reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il existe un risque de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine et de fausse couche spontanée.
- Une grossesse multiple est une grossesse à risques pour la mère et pour les enfants.
- Il existe un risque d'anomalies fœtales, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. Nous donnons notre accord:

- A un acte d'**insémination intra-utérine** entre conjoint nécessaire à la réalisation de notre projet parental :

Oui Non

OU (à ne remplir que si vous êtes candidats à une insémination avec sperme de donneur)

- A un acte d'**insémination intra-utérine avec tiers donneur** et certifions avoir donné notre consentement à l'insémination artificielle, avec tiers donneur, devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.20 du Code Civil :

Oui Non

- 3. Nous sommes informés que ce consentement est privé d'effet en cas de décès, de dépôt de requête de divorce ou en séparation de corps ou cessation de la communauté de vie, survenant avant la réalisation de l'assistance médicale à la procréation.

Oui Non

Nous considérons que nous avons eu toutes les réponses à nos questions. Nous savons que nous pouvons à tout moment demander un complément d'informations et que nous sommes libres de retirer notre consentement en tout temps.

Nom (Madame) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Née le :

Adresse :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Nom (Monsieur) :

Prénoms :

Né le :

Téléphone :

Lu et approuvé et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

- **Photocopies du livret de famille ou attestation sur l'honneur de vie commune**

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)

Consentement pour IUI septembre 2018 – soins/formulaire/122

N°FINES



920000650

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

CONSENTEMENT SUR RISQUES VIRUS ZIKA

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAU
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

1. Je suis informé(e) que l'infection maternelle par le virus Zika, présent dans certains pays (liste accessible sur le lien : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/current-zika-virus-transmission-list-countries-ecdc-adaptation-whos-zika-virus>) peut entraîner une contamination fœtale *in utero* et la survenue de malformations ainsi que de séquelles neurologiques graves chez l'enfant. Aucun traitement ne permet actuellement d'éviter ces complications. La transmission se fait la plupart du temps par la piqûre d'un moustique et peut tout à fait passer inaperçue comme l'expression clinique de l'infection. La transmission par le sperme de ce virus est aussi possible; il est primordial en cas de notion de voyage dans un pays endémique que le couple ait des rapports protégés idéalement pendant les 6 mois qui suivent le retour.

2. Je comprends et accepte qu'en cas de voyage en zone endémique:

- Aucune prise en charge en AMP n'est possible dans **le mois** suivant le retour d'un pays endémique (sans nouveau voyage intercurrent en pays endémique durant les **12 derniers mois**) sauf cas particulier nécessitant une prise en charge urgente, évalué par l'équipe médicale et selon des modalités spécifiques.

- Ces modalités de prise en charge peuvent évoluer et de nouvelles recommandations peuvent nous être imposées.

3. Ayant pris connaissance de ces informations, nous attestons :

Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Si vous avez séjourné dans un pays à risque : Mme Mr Le couple

Nom du pays : Date de retour en France :

Nom (Madame) :

Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature

Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à : le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

• Photocopies de cartes d'identité des deux membres du couple

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

CONSENTEMENT SUR RISQUES VIRUS ZIKA

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAU
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

1. Je suis informé(e) que l'infection maternelle par le virus Zika, présent dans certains pays (liste accessible sur le lien : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/current-zika-virus-transmission-list-countries-ecdc-adaptation-whos-zika-virus>) peut entraîner une contamination fœtale *in utero* et la survenue de malformations ainsi que de séquelles neurologiques graves chez l'enfant. Aucun traitement ne permet actuellement d'éviter ces complications. La transmission se fait la plupart du temps par la piqûre d'un moustique et peut tout à fait passer inaperçue comme l'expression clinique de l'infection. La transmission par le sperme de ce virus est aussi possible; il est primordial en cas de notion de voyage dans un pays endémique que le couple ait des rapports protégés idéalement pendant les 6 mois qui suivent le retour.

2. Je comprends et accepte qu'en cas de voyage en zone endémique:

- Aucune prise en charge en AMP n'est possible dans **le mois** suivant le retour d'un pays endémique (sans nouveau voyage intercurrent en pays endémique durant les **12 derniers mois**) sauf cas particulier nécessitant une prise en charge urgente, évalué par l'équipe médicale et selon des modalités spécifiques.
- Ces modalités de prise en charge peuvent évoluer et de nouvelles recommandations peuvent nous être imposées.

3. Ayant pris connaissance de ces informations, nous attestons :

Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Si vous avez séjourné dans un pays à risque : Mme Mr Le couple

Nom du pays : Date de retour en France :

Nom (Madame) :

Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature

Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à : le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :
• Photocopies de cartes d'identité des deux membres du couple

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

CONSENTEMENT SUR RISQUES VIRUS ZIKA

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

1. Je suis informé(e) que l'infection maternelle par le virus Zika, présent dans certains pays (liste accessible sur le lien : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/current-zika-virus-transmission-list-countries-ecdc-adaptation-whos-zika-virus>) peut entraîner une contamination fœtale *in utero* et la survenue de malformations ainsi que de séquelles neurologiques graves chez l'enfant. Aucun traitement ne permet actuellement d'éviter ces complications. La transmission se fait la plupart du temps par la piqûre d'un moustique et peut tout à fait passer inaperçue comme l'expression clinique de l'infection. La transmission par le sperme de ce virus est aussi possible; il est primordial en cas de notion de voyage dans un pays endémique que le couple ait des rapports protégés idéalement pendant les 6 mois qui suivent le retour.

2. Je comprends et accepte qu'en cas de voyage en zone endémique:

- Aucune prise en charge en AMP n'est possible dans **le mois** suivant le retour d'un pays endémique (sans nouveau voyage intercurrent en pays endémique durant les **12 derniers mois**) sauf cas particulier nécessitant une prise en charge urgente, évalué par l'équipe médicale et selon des modalités spécifiques.

- Ces modalités de prise en charge peuvent évoluer et de nouvelles recommandations peuvent nous être imposées.

3. Ayant pris connaissance de ces informations, nous attestons :

Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Si vous avez séjourné dans un pays à risque : Mme Mr Le couple

Nom du pays : Date de retour en France :

Nom (Madame) : Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms : Prénoms :

Née le : Né le :

Adresse : Téléphone :

Téléphone : Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à : le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :
• Photocopies de cartes d'identité des deux membres du couple

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)
Consentement Zika septembre 2018 – soins/formulaire/125



Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

CONSENTEMENT SUR RISQUES VIRUS ZIKA

1. Je suis informé(e) que l'infection maternelle par le virus Zika, présent dans certains pays (liste accessible sur le lien : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/current-zika-virus-transmission-list-countries-ecdc-adaptation-whos-zika-virus>) peut entraîner une contamination fœtale *in utero* et la survenue de malformations ainsi que de séquelles neurologiques graves chez l'enfant. Aucun traitement ne permet actuellement d'éviter ces complications. La transmission se fait la plupart du temps par la piqûre d'un moustique et peut tout à fait passer inaperçue comme l'expression clinique de l'infection. La transmission par le sperme de ce virus est aussi possible; il est primordial en cas de notion de voyage dans un pays endémique que le couple ait des rapports protégés idéalement pendant les 6 mois qui suivent le retour.

2. Je comprends et accepte qu'en cas de voyage en zone endémique:

- Aucune prise en charge en AMP n'est possible dans **le mois** suivant le retour d'un pays endémique (sans nouveau voyage intercurrent en pays endémique durant les **12 derniers mois**) sauf cas particulier nécessitant une prise en charge urgente, évalué par l'équipe médicale et selon des modalités spécifiques.

- Ces modalités de prise en charge peuvent évoluer et de nouvelles recommandations peuvent nous être imposées.

3. Ayant pris connaissance de ces informations, nous attestons :

Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Si vous avez séjourné dans un pays à risque : Mme Mr Le couple

Nom du pays : Date de retour en France :

Nom (Madame) :

Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature

Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

• Photocopies de cartes d'identité des deux membres du couple

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

CONSENTEMENT SUR RISQUES VIRUS ZIKA

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAU
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

1. Je suis informé(e) que l'infection maternelle par le virus Zika, présent dans certains pays (liste accessible sur le lien : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/current-zika-virus-transmission-list-countries-ecdc-adaptation-whos-zika-virus>) peut entraîner une contamination fœtale *in utero* et la survenue de malformations ainsi que de séquelles neurologiques graves chez l'enfant. Aucun traitement ne permet actuellement d'éviter ces complications. La transmission se fait la plupart du temps par la piqûre d'un moustique et peut tout à fait passer inaperçue comme l'expression clinique de l'infection. La transmission par le sperme de ce virus est aussi possible; il est primordial en cas de notion de voyage dans un pays endémique que le couple ait des rapports protégés idéalement pendant les 6 mois qui suivent le retour.

2. Je comprends et accepte qu'en cas de voyage en zone endémique:

- Aucune prise en charge en AMP n'est possible dans **le mois** suivant le retour d'un pays endémique (sans nouveau voyage intercurrent en pays endémique durant les **12 derniers mois**) sauf cas particulier nécessitant une prise en charge urgente, évalué par l'équipe médicale et selon des modalités spécifiques.
- Ces modalités de prise en charge peuvent évoluer et de nouvelles recommandations peuvent nous être imposées.

3. Ayant pris connaissance de ces informations, nous attestons :

Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Si vous avez séjourné dans un pays à risque : Mme Mr Le couple

Nom du pays : Date de retour en France :

Nom (Madame) :

Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature

Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à : le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :
• Photocopies de cartes d'identité des deux membres du couple

Pr Jean Marc AYOUBI
Chef de Service
Secrétariat
☎ 01 46 25 22 28
Fax 01 46 25 27 59

Unité de Médecine de la Reproduction

Référents cliniques
Dr Stéphanie FAY
Dr Paul PIRTEA

Consultants universitaires
Pr Philippe BOUCHARD
Pr Dominique de ZIEGLER
Pr René FRYDMAN

Consultants
Dr Elisabeth ARBOGAST
Dr Claire BASILLE
Dr Bernard BLASCO
Dr Marc EVEN
Dr Clémence GOUT
Dr Elodie HERZOG
Dr Anaïs LAVONGTHEUNG
Dr Sarah SEBAG
Dr L. THERON GERARD
Dr Chloé TRAN
Dr Chadi YAZBECK

Andrologie
Dr Vincent IZARD

Secrétariat clinique
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
Fax : 01 46 25 37 54

Chirurgie de l'infertilité
Pr Jean-Marc AYOUBI
Dr Marie CARBONNEL
Dr Marc EVEN

Psychiatrie Psychologie
Dr Myriam SZEJER
Léa KARPEL

Unité de Biologie de la Reproduction

Biologiste responsable
Dr Marine POULAIN

Biologistes médicaux
Dr Achraf BENAMMAR
Dr Françoise BONNEAUD
Dr Meryem FILALI
Dr Camille FOSSARD
Dr Alexandra MESNER

Secrétariat laboratoire
☎ 01 46 25 19 94
Fax laboratoire
01 46 25 35 87

Infirmière coordinatrice
Stéphanie MEYER

Sage-femme Cadre
Sylvie GASPEROWICZ

Sage-femme Cadre supérieur
Christine SANHUEZA

Rendez-vous
☎ 01 46 25 19 90 / 19 95
rdv.amp@hopital-foch.com
Doctolib : centre AMP Foch

Site Internet
gynfoch.com

CONSENTEMENT SUR RISQUES VIRUS ZIKA

1. Je suis informé(e) que l'infection maternelle par le virus Zika, présent dans certains pays (liste accessible sur le lien : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/current-zika-virus-transmission-list-countries-ecdc-adaptation-whos-zika-virus>) peut entraîner une contamination foetale *in utero* et la survenue de malformations ainsi que de séquelles neurologiques graves chez l'enfant. Aucun traitement ne permet actuellement d'éviter ces complications. La transmission se fait la plupart du temps par la piqûre d'un moustique et peut tout à fait passer inaperçue comme l'expression clinique de l'infection. La transmission par le sperme de ce virus est aussi possible; il est primordial en cas de notion de voyage dans un pays endémique que le couple ait des rapports protégés idéalement pendant les 6 mois qui suivent le retour.

2. Je comprends et accepte qu'en cas de voyage en zone endémique:

- Aucune prise en charge en AMP n'est possible dans **le mois** suivant le retour d'un pays endémique (sans nouveau voyage intercurrent en pays endémique durant les **12 derniers mois**) sauf cas particulier nécessitant une prise en charge urgente, évalué par l'équipe médicale et selon des modalités spécifiques.

- Ces modalités de prise en charge peuvent évoluer et de nouvelles recommandations peuvent nous être imposées.

3. Ayant pris connaissance de ces informations, nous attestons :

Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Si vous avez séjourné dans un pays à risque : Mme Mr Le couple

Nom du pays : Date de retour en France :

Nom (Madame) :

Nom (Monsieur) :

Nom de naissance :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Mention « Lu et approuvé » et signature

Mention « Lu et approuvé » et signature

Fait à :

le :

Cachet de l'établissement

Signature et cachet du praticien

Pièces administratives à fournir impérativement :

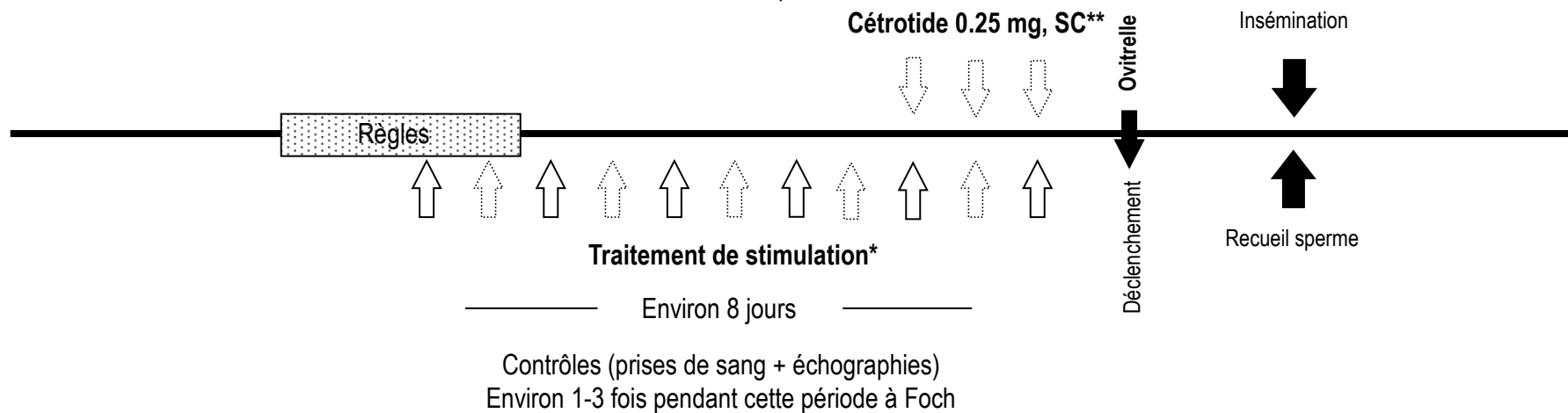
• Photocopies de cartes d'identité des deux membres du couple

Monitoring FSH

Schéma thérapeutique

Rendez-vous à Foch

le:



*La dose et la fréquence des injections seront adaptées par votre médecin selon vos besoins

**L'administration de l'Orgalutran 0,25 mg vous sera prescrite ou non par l'équipe médicale selon vos besoins