

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
Anne-Cécile LAROCHE
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 FIV
PROTOCOLE OESTRADIOL ANTAGONISTE**

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

programmation.amp@hopital-foch.com

En précisant le mois désiré de votre tentative. Nous vous répondrons rapidement **pour confirmer la disponibilité à cette période** (pour une bonne prise en charge, un nombre limité de patientes est fixé par semaine).

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 (Oestradiol Antagoniste)
 - votre numéro de téléphone
 - la date de vos dernières règles (premier jour de saignements rouges)
 - la date approximative de vos prochaines règles (idem)
 - 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. 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'identité
 - La preuve d'une vie commune
 - Les consentements signés
 - Vos sérologies (à tous les 2) à jour
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. Une consultation d'anesthésie vous sera programmée en début de stimulation en vue de la ponction.
6. 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



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
Anne-Cécile LAROCHE

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

ORDONNANCE

Madame

A - VOTRE PRE-TRAITEMENT

1- ACIDE FOLIQUE 0.4 mg :

1 cp/jour à débuter 1 mois avant le traitement de FIV et à poursuivre pendant les 3 premiers mois de grossesse

2- PROVAMES 2 mg :

1 cp/jour à débuter entre le 20^{ème} et 22^{ème} jour du cycle (c'est-à-dire environ 8 jours avant les règles escomptées)

Ce traitement est à poursuivre jusqu'à votre 1^{er} rendez-vous à Foch (prise de sang et échographie). Pendant ce temps, vous aurez en principe vos règles à la date prévue, ce qui ne modifie pas le rendez-vous.

B - VOTRE STIMULATION

1- A la suite du 1^{er} contrôle à Foch, la date de l'arrêt du Provamès vous sera communiquée, ainsi que celle du début de votre stimulation ovarienne et celle du prochain rendez-vous :

- _____ :

Faire pratiquer _____ UI/jour en sous-cutané ou en intra-musculaire tous les jours pendant une douzaine de jours (la durée précise de votre traitement vous sera communiquée lors de vos contrôles à Foch), à renouveler sur demande

- Et _____ :

Faire pratiquer _____ UI/jour en sous-cutané ou en intra-musculaire tous les jours pendant une douzaine de jours (la durée précise de votre traitement vous sera communiquée lors de vos contrôles à Foch), à renouveler sur demande

2- Dès le 6^{ème} jour de votre stimulation, débuter :

CETROTIDE 0.25 mg :

Faire pratiquer 1 injection en sous-cutané tous les jours pendant 7 jours environ (la durée précise de votre traitement vous sera communiquée lors de vos contrôles à Foch), éventuellement à renouveler sur demande

Suresnes, le

Important:

Les injections sont à effectuer éventuellement par une auxiliaire médicale ou IDE, y compris week-end et jours fériés

N°FINES



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



**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
Anne-Cécile LAROCHE

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

ORDONNANCE

Madame

C - VOTRE « DECLENCHEMENT »

L'avant-veille de votre ponction, le « déclenchement » de l'ovulation est à prévoir. L'horaire vous sera communiqué. Il est à respecter **rigoureusement**.

Pour votre « déclenchement », il faudra injecter l'un des 2 produits suivants ou les 2 :

1- OVITRELLE 250 µg :

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

2- DECAPEPTYL 0.1 mg (1 seringue de 2 ml et 2 aiguilles de 26 et 18 gauges) :

Faire pratiquer 2 ampoules en sous cutané 1 fois

D - LA VEILLE DE VOTRE PONCTION

1- POLYGYNAX :

1 ovule à mettre dans le vagin la veille au soir de la ponction 1 fois

2- CHLORHYDRATE DE TRAMADOL 37.5 MG/ PARACETAMOL 325 MG :

1 comprimé la veille de la ponction

2 comprimés le soir de la ponction à renouveler si besoin (toutes les 6 heures) pendant 5 jours

Suresnes, le

Important:

Les injections sont à effectuer éventuellement par une auxiliaire médicale ou IDE, y compris week-end et jours fériés

N°FINES



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

Anne-Cécile LAROCHE

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

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



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
Anne-Cécile LAROCHE

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

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.)

Suresnes, le

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
Anne-Cécile LAROCHE

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 CONSENTEMENT 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

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

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

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

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

CONSENTEMENT POUR FECONDATION *IN VITRO*

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **fécondation in vitro** 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 1ère consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. NOUS COMPRENONS ET ACCEPTONS LES POINTS SUIVANTS :

- Des hormones et d'autres médicaments seront administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- On nous a fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons qu'une congélation d'ovocytes ou d'embryons puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- En cas de réponse inadéquate au traitement, le cycle de stimulation peut être abandonné avant la ponction d'ovocytes.
- 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.
- Le recueil des ovocytes se fait sous anesthésie générale. Des substances anesthésiques seront administrées.
- Il existe des risques minimes lors de la ponction des follicules y compris les risques rares d'hémorragie ou d'infection.
- Les ovocytes ne sont pas toujours récupérés au moment de la ponction des follicules.
- Une fois récupérés, les ovocytes sont mis en contact avec le sperme de mon conjoint.
- La fécondation peut ne pas se produire et l'embryon peut ne pas se diviser, même si la technique de l'ICSI est utilisée.
- Les embryons résultant de la fécondation sont conservés au laboratoire de 2 à 6 jours, jusqu'au moment du transfert.
- Le nombre d'embryons replacés dans l'utérus est convenu à la suite de l'analyse de notre dossier et avec notre accord.
- Nous devons informer le Centre de Médecine de la Reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il n'y a aucune garantie qu'une grossesse soit obtenue suite à ce 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, actuellement non mesurable, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. NOUS (cocher une seule case) :

Acceptons la congélation et la cryoconservation des embryons non transférés et donnons notre accord pour la mise en fécondation de tous les ovocytes prélevés

Refusons la congélation et la cryoconservation des embryons non transférés et donnons, par conséquent, notre accord pour la mise en fécondation d'un maximum de 3 ovocytes.

En vertu de la loi de Bioéthique, version en vigueur :

- Notre accord pour la conservation des embryons est renouvelable tous les ans. Par conséquent, nous devons signaler au centre d'assistance médicale à la procréation tout changement de notre situation familiale ou de notre lieu de résidence ;
- En cas de non réponse aux courriers de relance adressés par le centre d'AMP, le centre d'AMP pourra mettre fin à la conservation des embryons si la durée de celle-ci est au moins égale à 5 ans ;
- En cas de non réponse ou de décès d'un membre de notre couple, de dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps, de cessation de la communauté de vie, de révocation par écrit du consentement de l'homme ou de la femme, l'assistance médicale à la procréation ne pourra pas être mise en œuvre
- Que nous ne pourrions pas bénéficier d'une nouvelle tentative de fécondation *in vitro* si nous disposons d'embryons conservés dont la qualité permet le transfert.

CONSENTEMENT POUR FECONDATION *IN VITRO* (SUITE)

3. Dans certains cas, la **technique d'ICSI** (injection intracytoplasmique de spermatozoïde) est nécessaire afin d'augmenter les chances de fécondation. Dans ce cas, un seul spermatozoïde est injecté directement dans l'ovocyte. Nous acceptons que cette technique soit réalisée si l'équipe clinico-biologique en juge nécessaire :

Oui Non

4. S'il existe des embryons surnuméraires inaptes à être congelés, nous donnons notre accord pour qu'ils soient utilisés dans le cadre d'un **projet de recherche** autorisé par l'Agence de Biomédecine:

Oui Non

5. Nous donnons notre accord pour que des analyses additionnelles en vue de recherche médicale soient effectuées sur des liquides et tissus biologiques résiduels prélevés au cours de notre traitement.

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 (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 des cartes d'identité des deux membres du couple

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)
Consentement pour FIV septembre 2018 – soins/formulaire/124 2/2

CONSENTEMENT POUR FECONDATION *IN VITRO*

Nous, soussignés, donnons notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation de type **fécondation in vitro** 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 1ère consultation pour infertilité à l'hôpital Foch) sont toujours remplies.

1. NOUS COMPRENONS ET ACCEPTONS LES POINTS SUIVANTS :

- Des hormones et d'autres médicaments seront administrés afin de stimuler le développement des follicules ovariens.
- On nous a fait part des risques de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO) et des effets secondaires des médicaments utilisés et nous comprenons qu'une congélation d'ovocytes ou d'embryons puisse être proposée afin d'éviter le SHO.
- En cas de réponse inadéquate au traitement, le cycle de stimulation peut être abandonné avant la ponction d'ovocytes.
- 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.
- Le recueil des ovocytes se fait sous anesthésie générale. Des substances anesthésiques seront administrées.
- Il existe des risques minimes lors de la ponction des follicules y compris les risques rares d'hémorragie ou d'infection.
- Les ovocytes ne sont pas toujours récupérés au moment de la ponction des follicules.
- Une fois récupérés, les ovocytes sont mis en contact avec le sperme de mon conjoint.
- La fécondation peut ne pas se produire et l'embryon peut ne pas se diviser, même si la technique de l'ICSI est utilisée.
- Les embryons résultant de la fécondation sont conservés au laboratoire de 2 à 6 jours, jusqu'au moment du transfert.
- Le nombre d'embryons replacés dans l'utérus est convenu à la suite de l'analyse de notre dossier et avec notre accord.
- Nous devons informer le Centre de Médecine de la Reproduction de toute grossesse issue du traitement.
- Il n'y a aucune garantie qu'une grossesse soit obtenue suite à ce 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, actuellement non mesurable, tout comme il en existe un pour les grossesses naturelles.

2. NOUS (cocher une seule case) :

Acceptons la congélation et la cryoconservation des embryons non transférés et donnons notre accord pour la mise en fécondation de tous les ovocytes prélevés

Refusons la congélation et la cryoconservation des embryons non transférés et donnons, par conséquent, notre accord pour la mise en fécondation d'un maximum de 3 ovocytes.

En vertu de la loi de Bioéthique, version en vigueur :

- Notre accord pour la conservation des embryons est renouvelable tous les ans. Par conséquent, nous devons signaler au centre d'assistance médicale à la procréation tout changement de notre situation familiale ou de notre lieu de résidence ;
- En cas de non réponse aux courriers de relance adressés par le centre d'AMP, le centre d'AMP pourra mettre fin à la conservation des embryons si la durée de celle-ci est au moins égale à 5 ans ;
- En cas de non réponse ou de décès d'un membre de notre couple, de dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps, de cessation de la communauté de vie, de révocation par écrit du consentement de l'homme ou de la femme, l'assistance médicale à la procréation ne pourra pas être mise en œuvre
- Que nous ne pourrions pas bénéficier d'une nouvelle tentative de fécondation *in vitro* si nous disposons d'embryons conservés dont la qualité permet le transfert.

(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)
Consentement pour FIV septembre 2018 – soins/formulaire/124 1/2

CONSENTEMENT POUR FECONDATION *IN VITRO* (SUITE)

3. Dans certains cas, la **technique d'ICSI** (injection intracytoplasmique de spermatozoïde) est nécessaire afin d'augmenter les chances de fécondation. Dans ce cas, un seul spermatozoïde est injecté directement dans l'ovocyte. Nous acceptons que cette technique soit réalisée si l'équipe clinico-biologique en juge nécessaire :

Oui Non

4. S'il existe des embryons surnuméraires inaptes à être congelés, nous donnons notre accord pour qu'ils soient utilisés dans le cadre d'un **projet de recherche** autorisé par l'Agence de Biomédecine:

Oui Non

5. Nous donnons notre accord pour que des analyses additionnelles en vue de recherche médicale soient effectuées sur des liquides et tissus biologiques résiduels prélevés au cours de notre traitement.

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 (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 des cartes d'identité des deux membres du couple

*(fait en 2 exemplaires : 1 pour le centre, 1 pour le couple)
Consentement pour FIV septembre 2018 – soins/formulaire/124 2/2*

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

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

E2-Antagoniste

Schéma thérapeutique

