



INSTITUT DE FERTILITE LA CROIX-DU-SUD

**Equipe biologique :**

Laboratoire CBM – INOVIE Fertilité

Dr A. CHIRON

Dr M. MONTAGUT

Dr D. NOGUEIRA

**Equipe clinique :**

Centre de Gynécologie et Fertilité La Croix-du-Sud :

Dr M. CLOUET – Dr C. FAJAU-PREVOT – Dr C. COHADE – Dr C. SIMON

Clinique La Croix-du-Sud : Dr P. ASSOULINE

Clinique Saint-Exupéry : Dr P. OUSTRY

## CONFIRMATION DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Conformément à la loi de bioéthique et à ses décrets d'application en vigueur, la demande de prise en charge en assistance médicale à la procréation par l'équipe médicale doit être « confirmée par écrit, à l'issue d'un délai minimum d'un mois à compter du dernier entretien ».

Ce délai d'un mois s'applique à compter de la [décision prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire](#).

[A remettre au secrétariat des Docteurs Alexandra CHIRON et Marie MONTAGUT :](#)

Je soussignée :

**Madame :**

Ou nous, soussignés(ées) :

**Madame :** .....

**Madame/Monsieur :**  
.....

Confirme(ons) par la présente, après le délai réglementaire d'un mois, ma (notre) demande de prise en charge en assistance médicale à la procréation auprès de l'Institut de Fertilité La Croix-du-Sud.

Je(nous) certifie(ons) avoir reçu une information claire et appropriée sur :

- ✓ Les différentes techniques d'AMP, les effets secondaires et les risques liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical éventuel et aux techniques biologiques utilisées.
- ✓ Les probabilités de concevoir naturellement, les probabilités de réussite en terme de naissance après AMP, le risque de grossesses multiples et sur l'état des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- ✓ Les différents projets parentaux, y compris l'adoption.
- ✓ Les modalités de traitement de mes (nos) données personnelles requises pour assurer notre prise en charge et la réalisation de statistiques anonymes au sein du centre, ainsi que mes (nos) droits relatifs à la protection de nos données.

Je(nous) certifie(ons) avoir reçu un dossier guide sur l'AMP et avoir été informés(e/ées) sur la réglementation en vigueur.

Je (nous) déclare(ons) également avoir été informés(ée/ées) de la possibilité de révoquer mon (notre) consentement avant toute intervention et qu'il ne pourra plus être procédé à une AMP en cas de dissolution de notre couple (dans le cas où nous faisons une demande d'AMP en couple), de renoncement à notre projet parental ou de décès de l'un d'entre nous.

Je (nous) m'(nous) engage(ons) à communiquer au centre toute modification d'adresse ou de situation de notre couple au centre (dans le cas d'une demande d'AMP en couple).



**Donne(ons) mon (notre) accord / refuse(ons) (~~rayez la mention inutile~~)**

La transmission des données clinico-biologiques **individuelles** et **nominatives** (« nom patronymique et marital, prénom, date et lieu de naissance, adresse et numéros de dossier médical et biologique dans les établissements clinique et biologique où est réalisée la FIV »)\* pour les deux membres du couple auprès de l'**Agence de la Biomédecine** chargée du suivi et de l'évaluation qualitatifs et quantitatifs des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation dans le cadre de la mise en place du registre national des tentatives de fécondation in vitro. Quelle que soit notre réponse, nous nous engageons à transmettre tout changement d'adresse ou de situation au secrétariat de l'Institut.

**Donne(ons) mon (notre) accord** pour l'utilisation des données de notre dossier médical à des fins statistiques et scientifiques sous réserve de l'anonymisation de ces données\*.

Fait à Quint Fonsegrives, le ..... / ..... / .....

**Signature Madame (dans le cas d'une AMP en tant que femme célibataire)**  
(précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

**Ou :**

**Signatures des deux membres du couple** (précédées de la mention « Lu et approuvé ») :

\* « **Loi n°78-17 du 6 janvier 1978** relative aux fichiers, à l'informatique et aux libertés modifiée et disposition du règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel : les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de retrait du consentement, et du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL) ».