



CONSENTEMENT ECLAIRE D'INFORMATION SUR LE VIRUS ZIKA

1. Je suis informé(e) des éléments suivants : l'infection maternelle par le virus Zika, présent dans certains pays* (liste ci-dessous) 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 jusqu'à ce que l'on se soit assuré qu'il n'y a pas de risque avec un bilan réalisé 1 mois après le retour .**

2. Je suis informé(e) qu'il est recommandé par l'agence de biomédecine d'attendre **1 mois après le retour** d'une zone endémique avant de faire tout acte d'assistance médicale à la procréation afin d'écartier tout risque d'infection et de transmission. Un bilan sanguin réalisé au moins 1 mois après le retour permettra de vérifier s'il y a un risque ou non.

En cas de sérologie positive chez le Monsieur ;

- En cas de FIV ou ICSI, le sperme doit être préalablement testé dans un laboratoire à risque viral et les paillettes validées avant leur utilisation. Les rapports sexuels doivent être protégés.
- En cas de transfert d'embryon congelé (TEC), les rapports doivent être protégés.

3. J'atteste, après avoir pris connaissance des informations transmises par l'équipe clinico-biologique du centre d'AMP Eylau concernant les recommandations de prise en charge en AMP dans le contexte d'épidémie à virus Zika.

4. Je, soussignée Mme Née le certifie :

- Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika depuis 12 mois.
- Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Nom du pays : Date de retour en France :

Je, soussigné M. Né le certifie :

- Ne pas avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika depuis 12 mois.
- Avoir séjourné dans un pays d'une zone d'endémie touchée par l'épidémie à virus Zika.

Nom du pays : Date de retour en France :

Fait à : le :

Signature Madame (*Lu et approuvé*)

Signature Monsieur (*Lu et approuvé*)

EN CAS DE SEJOUR DANS UN DES PAYS CI-DESSOUS, INFORMEZ IMPERATIVEMENT LE MEDECIN

Mise à jour : Février 2018 (OMS)

Angola, Anguilla, Antigua et Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Bangladesh, Barbados, Barbade, Belize, Bolivie, Bonaire, St Eustache et Saba, Brésil, Iles Vierges Britanniques, Burkina-Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Cap Vert, République d'Afrique Centrale, Colombie, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Curaçao, Dominique, République Dominicaine, Equateur, El Salvador, Fiji, Guyane, Gabon, Grenade, Guatemala, Guinée Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, Inde, Indonésie, Jamaïque, Laos, Malaisie, Maldives, Iles Marshall, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Nigeria, Panama, Papouasie–Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pérou, Philippines, Porto-Rico, St Christophe et Nièves, Sainte Lucie, Saint Martin, Saint Vincent et les Grenadines, Samoa, Sénégal, Singapour, Iles Salomon, Surinam, Thaïlande, Tonga, Trinité et Tobago, Iles Turques et Caïques, Ouganda, Iles Vierges des Etats –Unis (Saint-Thomas, Saint-John et Sainte-Croix), Venezuela, Vietnam.