

**DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION**

Nous/Je soussigné(s), Partenaire 1.....et Partenaire 2.....

- Après avoir exposé notre/mon projet parental, confirmons, après avoir pu bénéficier d'un délai de réflexion d'au minimum un mois, vouloir avoir recours à une Assistance Médicale à la Procréation (AMP).
- **Reconnait** avoir reçu de la part du Docteur ..... et de l'équipe biologique une information claire, précise et adaptée sur le choix de **la technique envisagée**.
- **Reconnait** avoir été informé des taux de réussite des techniques en termes de taux de naissance en fonction de l'âge, de leur pénibilité, ainsi que des contraintes notamment d'ordre organisationnel, financier, physique et/ou psychologique qu'elles peuvent entraîner.
- **Reconnait** avoir été informé des risques potentiels à court, moyen et long terme liés à la stimulation ovarienne et aux techniques biologiques utilisées ainsi que des risques de grossesses multiples et de complications obstétricales.
- **Reconnait** avoir été informé de l'état actuel des connaissances concernant l'état de santé des enfants nés après AMP et des conséquences potentielles sur leur descendance.
- **Reconnait** avoir été informé des probabilités de conception naturelle dans l'attente d'une AMP et avoir reçu une information sur les solutions alternatives (AMP avec tiers donneur, accueil d'embryons et adoption).
- **Reconnait** avoir été informé que la prise en charge en AMP pourrait être interrompue à tout moment pour des raisons médicales, biologiques ou réglementaires.
- **Reconnait** avoir été informé des dispositions de la loi encadrant l'accès à l'AMP et des modalités de prise en charge par l'assurance maladie en incluant notamment la limite liée à l'âge s'appliquant également à la ré-utilisation des gamètes et embryons cryoconservés.
- **Reconnait** avoir été informé de l'existence et du fonctionnement du dispositif d'AMP vigilance.
- **Reconnait** avoir été informé de l'existence d'associations d'usagers spécialisés dans le domaine de l'AMP susceptibles de nous accompagner dans notre démarche.
- **Reconnait** avoir compris l'ensemble des informations reçues, avoir pu poser les questions que nous souhaitons et attestons avoir obtenu les réponses à celles-ci.
- **Demande** à ce qu'un acte d'AMP nécessaire à la réalisation de notre projet parental soit réalisé, et **est informé** qu'un consentement devra être signé avant chaque tentative.
- **Informé** l'équipe pluri-disciplinaire de toute modification concernant **la situation familiale** et **le lieu de résidence** survenant au cours de **la prise en charge**.
- **Reconnait** être informé que **les données personnelles et médicales** sont enregistrées de manière informatique au sein du centre d'AMP pour le suivi de **la prise en charge** et la réalisation d'études épidémiologiques.
- **Être informé** de l'obligation faite au **laboratoire d'insémination** de transmettre les données relatives aux tentatives à l'Agence de la Biomédecine qui a pour mission d'évaluer les conséquences éventuelles de l'AMP sur la santé des personnes qui y ont recours et des enfants qui en sont issus et :
  - Acceptons la transmission nominative de nos données
  - Refusons la transmission nominative de nos données (dans ce cas, elles seront transmises de façon anonymisée)

Fait à..... le...../...../ 20.....

Signatures

Partenaire 1 :

Partenaire 2 :