



LBM Ax Bio Océan - Site
BELHARRA
www.axbioocean.fr
2, Allée du Dr Lafon
64100 BAYONNE

**Consentement d'Assistance
Médicale à la Procréation (AMP)**

Ref : 4-C1-FE002-08
Version : 08
Applicable le : 10-04-2017



Formulaire de consentement éclairé

(un exemplaire pour le couple, un exemplaire pour le centre)

Nous soussignés

Madame
Nom de naissance
Née le

Monsieur
Né le

Adresse commune :

Certifions :

- Etre mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune*.
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener à bien notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informés des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre situation.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.
- Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques.
- Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que l'état actuel des connaissances concernant l'état de santé des enfants nés après AMP.
- Avoir reçu un guide d'information.
- Avoir été informés de l'obligation légale de l'Agence de la Biomédecine d'évaluer les conséquences éventuelles de l'AMP sur la santé des personnes qui y ont recours et des enfants qui en sont issus.
- Avoir compris les informations transmises par le Dr.....et son équipe.
- Demander spontanément et d'un commun accord, une assistance médicale à la procréation dans le cadre d'une demande parentale.

Nous avons été informés de la possibilité de révoquer notre consentement à tout moment sans avoir à en expliquer les motifs. Dans ce cas, nous nous engageons à prévenir immédiatement l'équipe clinico-biologique par écrit.

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le *...../...../.....

(*Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre)

Document rendu le *...../...../.....

Signature des 2 membres du couple

Madame

Monsieur

Pièces à joindre :

- Photocopie des 2 pièces d'identité avec photo
- Pour les couples mariés : photocopie du livret de famille ou de la fiche d'état civil
- Pour les couples PACSES : copie du PACS
- Pour les couples non mariés non PACSES
 - preuve de vie commune : attestation de vie commune de la mairie ou pièce reconnue (les pièces reconnues sont: facture gaz, électricité, téléphone, quittance de loyer et assurance d'habitation aux deux noms bien sûr) ou attestation de vie commune avec deux témoins (document disponible au laboratoire)
 - copie intégrale de l'acte de naissance



LBM Ax Bio Océan - Site
BELHARRA
www.axbioocean.fr
2, Allée du Dr Lafon
64100 BAYONNE

**Consentement d'Assistance
Médicale à la Procréation (AMP)**

Ref : 4-C1-FE002-08
Version : 08
Applicable le : 10-04-2017



**CONSENTIMIENTO ESCRITO DE ASISTENCIA MEDICA A LA PROCREACIÓN (AMP)
(un ejemplar para la pareja, un ejemplar para el centro)**

Los abajo firmantes : Señora :
Apellido de soltera :
Nacida el :

Señor :
Nacido el :

Certificamos:

- Estar casados o poder aportar la prueba de una vida común *.
- Haber sido informados de la probabilidad de obtener un embarazo espontáneo y sobre las otras opciones para poder lograr nuestro proyecto parental incluida la adopción.
- Haber sido informados de las diferentes etapas del proceso en función de la técnica de reproducción asistida aconsejada en nuestro caso
- Haber tenido conocimiento de las probabilidades de éxito y de fracaso de la técnica escogida, de las dificultades e obligaciones inherentes, sobre todo de orden material, económico y psicológico.
- Haber tenido conocimiento de los efectos secundarios y de los riesgos potenciales a corto y largo plazo, ligados sobre todo a la estimulación ovárica, a los procedimientos clínicos y a las técnicas biológicas.
- Haber tenido conocimiento del riesgo de embarazo múltiple con las complicaciones posibles así como el estado actual de los conocimientos referidos al estado de salud de los niños nacidos fruto de técnicas de reproducción asistida.
- Haber recibido una guía de información.
- Haber sido informados de la obligación legal de la Agencia de la Biomedicina a evaluar las consecuencias posibles de las técnicas de reproducción asistida sobre la salud de las personas que han recurrido a ellas y los niños fruto de estas técnicas.
- Haber comprendido las informaciones dadas por el Dr.....y son equipo.
- Haber pedido espontáneamente y de común acuerdo, una asistencia médica a la procreación, dentro de un proyecto parental de nuestra pareja.

Hemos sido informados de la posibilidad de revocar nuestro consentimiento en cualquier momento sin tener necesidad de explicar los motivos. En este caso, nos comprometemos a prevenir inmediatamente al equipo clínico-biológico por escrito.

Nosotros nos comprometemos a informar, al equipo del centro AMP, de cualquier modificación que concierne a nuestra situación familiar o a nuestro lugar de residencia.

Documento recibido el *...../...../.....

Documento entregado el *...../...../.....

(*Un mes mínimo entre la fecha de recepción y la fecha de la entrega de la demanda al centro)

Firma de los dos miembros de la pareja

Señora

Señor

***Documentos a acompañar:**

- Fotocopia de los dos carnets de identidad
- Para las parejas casadas : fotocopia del libro de familia o las partidas de nacimiento
- Para las parejas que no estas casadas : prueba de vida común:
 - certificado del ayuntamiento o factura(s) a la misma dirección con los nombres de cada uno de los dos miembros de la pareja o un certificado de vida común con dos testigos.
 - copia integral de la partida de nacimiento