



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

Reconduction des consentements précédents	Rédacteur : Célia André
FE-MEDI-059 – version 02	Vérificateur : Romain Imbert
Date d'application : 05/02/2024	Approbateur : Romain Imbert

Formulaire de consentement éclairé - Reconduction des consentements précédemment signés

Ce formulaire a été donné à/aux auteur(s) du projet parental le ____/____/____ par le Dr _____

Signature:

Le(s) auteur(s) du projet parental :

<p><i>Le/la patient(e) :</i></p> <p>NOM – Prénom :</p> <p>Date de naissance : ____/____/____</p> <p>Adresse :</p> <p>Etiquette Patient(e) – A ajouter le jour de l'acte</p>	<p><i>Partenaire :</i></p> <p>NOM – Prénom :</p> <p>Date de naissance : ____/____/____</p> <p>Adresse :</p> <p>Etiquette partenaire (Si nécessaire) – A ajouter le jour de l'acte</p>
---	---

Le(s) auteur(s) du projet parental a/ont été informé(s) que les consentements utilisés au sein du centre PMA du CHIREC n'ont pas été modifiés depuis le traitement précédent effectué au centre PMA du CHIREC. Cocher les consentements précédemment remplis et qui seront reconduits et indiquer la date de signature des consentements :

Voyage	● Consentement voyage (FE-MEDI-061)	Signé le :/...../.....
Insémination	● Insémination au sein d'un couple (FE-MEDI-001)	Signé le :/...../.....
	● Insémination avec utilisation de sperme de donneur (FE-MEDI-002)	Signé le :/...../.....
FIV (Fécondation In Vitro)	● Traitement pour cycle de Fécondation In Vitro (FE-MEDI-003)	Signé le :/...../.....
	● Transfert d'embryons congelés (FE-MEDI-016)	Signé le :/...../.....
	● Transfert d'embryons issus d'ovocytes congelés (FE-MEDI-041)	Signé le :/...../.....
Ovocytes	● Vitrification d'ovocytes (FE-MEDI-021)	Signé le :/...../.....
	● Don d'ovocytes anonyme (FE-MEDI-020)	Signé le :/...../.....
	● Don d'ovocytes dirigé (FE-MEDI-043)	Signé le :/...../.....
	● Receveuse d'ovocytes non-anonyme/anonyme (FE-MEDI-004)	Signé le :/...../.....
Sperme	● Cryopréservation de spermatozoïdes autologue (FE-MEDI-006)	Signé le :/...../.....
	● Cryopréservation chirurgical de sperme (FE-MEDI-022)	Signé le :/...../.....
	● Don de spermatozoïdes anonyme (FE-MEDI-008)	Signé le :/...../.....
	● Don de spermatozoïdes non-anonyme (FE-MEDI-009)	Signé le :/...../.....

J'ai/Nous avons eu la possibilité de consulter ces documents.

Je/Nous ne souhaite/souhaitons pas modifier les informations contenues dans ce(s) consentement(s) et je/nous marque/marquons mon/notre accord pour les points qui y étaient mentionnés.

<p><u>Le/la patient(e) :</u></p> <p>Date : ____/____/____</p> <p>Signature :</p>	<p><u>Partenaire :</u></p> <p>Date : ____/____/____</p> <p>Signature :</p>
<p><u>Le médecin :</u></p> <p>Date : ____/____/____ Signature : Cachet :</p>	

Consentement fait en un exemplaire, disponible pour le(s) patient(s) dans le dossier médical.