

Je soussigné,

**MONSIEUR**.....  
PRENOM.....  
Date de naissance.....

**Si patient MINEUR, Parents ou tuteur légal :**

**Père / Tuteur:**

NOM .....

PRENOM.....

Date de naissance.....

**Mère**

NOM .....

PRENOM.....

Date de naissance.....

**Adresse :** .....

**Certifie(nt) :**

- 1- Avoir été clairement informé(e)s des risques pour ma(sa) fertilité ultérieure du fait de ma(sa) pathologie ; de mes(ses) traitements ; ou de ma(sa) fertilité prématurément altérée,
- 2- Avoir été informé(e)s des possibilités de conservation des gamètes,
- 3- Avoir été informé(e)s sur l'avenir des gamètes en cas de renonciation à l'autoconservation :
  - Arrêt de la conservation et destruction,
  - Don à un autre couple,
  - Don à la recherche,
- 4- Avoir eu connaissance de la décision de la commission pluridisciplinaire (RCP),
- 5- Avoir été informé(e)s de la possibilité d'une prise en charge psychologique au sein de la Polyclinique de Navarre,
- 6- Avoir été informé(e)s, de manière extensive, **des diverses implications de la congélation de sperme et notamment :**
  - Qu'une partie des spermatozoïdes congelés, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre au processus de congélation-décongélation,
  - Qu'un ou plusieurs voir la totalité des échantillons de sperme frais pourrai(en)t ne pas être congelé(s) ou conservé(s) en raison de :
    - o Quantité insuffisante,
    - o Sérologies inconnues ou positives,
    - o Spermoculture positive (selon le germe retrouvé),
    - o Exposition au Virus Zika,
- 7- Que cette congélation est réalisée pour **une raison d'ordre médicale** (cocher SVP):
  - Dû à ma (sa) pathologie pouvant altérer ma(sa) fertilité,
  - Avant traitements médicaux, chirurgicaux ou radiothérapeutiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation,
  - Au cas où ma(sa) fertilité serait prématurément altérée,
- 8- Avoir été informé(e)s des modalités de durée de conservation,
- 9- Avoir été informé(e)s des modalités de réutilisation ultérieure des gamètes dans le cadre d'un projet parental (AMP).
- 10- Avoir été informé(e)s que le centre met fin à la conservation des gamètes en cas de décès ou lorsque le patient n'est plus en âge de procréer.
- 11- **Donne mon accord :**
  - Au prélèvement de mon sperme (celui de mon (notre) fils/pupille), à son traitement et à sa cryoconservation par le centre AMP Palois en vue d'une utilisation ultérieure dans le cadre d'un projet parental (AMP)

En signant ce consentement je (nous) m'engage(ons) à tenir le Centre AMP de PAU informé de tout changement sur ma situation personnelle et mon adresse et à répondre aux courriers adressés annuellement quant à mon choix de maintenir la cryoconservation de mes gamètes ou de l'arrêt. *(la cryoconservation des gamètes d'un patient mineur ne pourra quant à elle pas être arrêtée par les tuteurs légaux et sera de fait reconduite annuellement jusqu'à la majorité du patient qui pourra alors lui même convenir de son choix personnel)*

A Pa u le.....

Lu et approuvé  
Monsieur, Tuteur légal ou Père

Lu et approuvé  
Mère

Centre AMP Palois  
Biologiste