



Centre de Fertilité de Corse

Centre Hospitalier de Bastia
604 Chemin de Falconaja, 20600 Bastia

Secrétariat Clinique : 04.95.59.14.28 secretariat-amp@ch-bastia.fr

Secrétariat de Biologie : 04.95.59.14.27 contact@ampcorse.com

Site internet du Centre : www.centrefertilitedecorse.com



Dr Laure BERNARD
Coordinatrice du Centre
Gynécologue
RPPS : 10101707619

Dr Harold JELEN
Gynécologue Obstétricien
RPPS : 10004610449

Dr Laurent CHARPENEL
Responsable du Centre
Biologiste
RPPS : 10002052057

Dr Florence CRISTIANI
Biologiste
RPPS : 10101719549

Dr Pierre BOYER
Biologiste
RPPS : 10003908414

Dr Jean-Michel VIALLE
Biologiste
RPPS : 10003918124

Sages-Femmes :
Aude CRUCIANI
Laurence MOSCONI
Agnès MOREAU
sagefemme-amp@ch-bastia.fr

Secrétariat Clinique :
Cindy MALPELLI
secretariat-amp@ch-bastia.fr
Téléphone : 04.95.59.14.28

Secrétariat de Biologie :
Marie-Noëlle ALIBERT
contact@ampcorse.com
Téléphone : 04.95.59.14.27

Site internet du Centre :
www.centrefertilitedecorse.com

Réseau Référence :

Dr Clotilde BROT
Gynécologue
RPPS : 10100683332

Dr Audrey FLORI-SECONDI
Gynécologue
RPPS : 10101345170

Dr Laurent PINELLI
Gynécologue Obstétricien
RPPS : 10003450342

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE PRÉSERVATION DE FERTILITÉ (PF) : AUTOCONSERVATION DE GAMÈTES (OVOCYTES / SPERMATOZOÏDES)

Indication :

- Médicale ☐ :

- Non médicale ☐ : Souhait personnel ☐ / Absence de spz à la tentative ☐ /
Problème de recueil ☐ / Absence exceptionnelle ☐

Je soussigné(e),

- Madame ☐ (à partir de 29 ans et avant 37 ans, si autoconservation pour souhait personnel)

- Monsieur ☐ (à partir de 29 et avant 45 ans, si autoconservation pour souhait personnel)

NOM d'usage : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Tel : _____

Adresse mail : _____

Adresse postale : _____

Certifie avoir demandé une Préservation de Fertilité, le ____ / ____ / ____

Certifie avoir pris connaissance de la brochure d'information sur l'autoconservation des gamètes (Agence de la Biomédecine) qui m'a été commentée ce jour par le médecin du Centre de Fertilité de Corse (CFC), qui m'a précisé les modalités d'utilisation ultérieure de mes gamètes en AMP (Assistance Médicale à la Procréation).

Accepte la technique et les risques qui m'ont été expliqués par le médecin du CFC :

- Pour les **femmes**, la stimulation ovarienne d'une douzaine de jours suivie de la ponction transvaginale des ovocytes, avec risques d'hyperstimulation ovarienne, thrombose veineuse, hémorragie post-ponction, abcès ovarien, torsion d'ovaire
- Pour les **hommes**, le recours à un ou plusieurs recueil(s) de sperme par masturbation au laboratoire

Suivis de la congélation de mes gamètes (ovocytes matures / spermatozoïdes) qui seront conservés au CFC à -196°C dans l'azote liquide.

Certifie avoir été informée :

- Des chances de grossesse :
 - 6% maximum par ovocyte préservé avant 35ans
 - 3% après 35ans
- Seuls 3% des ovocytes préservés seront récupérés par les patientes d'après la littérature (2024).

Certifie avoir reçu les informations suivantes :

- La demande d'autoconservation de vos gamètes est strictement **personnelle**,
- Le CFC effectue la cryoconservation de vos gamètes pour une durée d'un an, renouvelable,
- **A la date anniversaire de chaque nouvelle année**, nous devons connaître votre choix sur le maintien ou non de votre autoconservation de paillettes :
 - Si vous souhaitez **poursuivre** votre autoconservation **pour souhait personnel** : merci de joindre à votre courrier de demande un chèque bancaire de 40€50 libellé à l'ordre du Laboratoire VIALLE (cotation NABM 2024),

- Si vous souhaitez **arrêter** la poursuite de votre autoconservation, nous répondrons à votre demande par un courrier demandant la confirmation de votre choix à nous renvoyer complété et signé à l'issue du délai légal de réflexion de 3 mois mentionnant l'une des 3 options suivantes :
 - Fin de votre autoconservation avec demande de destruction de vos paillettes : dans ce cas, vous devrez joindre à votre réponse la photocopie de votre carte d'identité valide
 - Accord pour le don de vos paillettes à des personnes en attente d'un don de gamètes (art.L.2141-12.1)
 - Accord pour le don de vos paillettes à la recherche dans les conditions définies aux articles L.1243-3 et L.1243-4

L'absence de révocation par écrit de votre consentement dans ce délai de 3 mois vaut confirmation (art L.2141-12.1).

En l'absence de réception de votre choix annuel, **une lettre de relance vous sera envoyée** ; toutefois, dans le cas d'une conservation **pour souhait personnel, sans réponse de votre part les frais de maintenance annuels de 40€50 vous seront automatiquement facturés.**

- Les paillettes conservées ne pourront être restituées qu'en votre présence et votre consentement préalable sera exigé avant chaque utilisation de vos paillettes en Assistance Médicale à la Procréation (AMP),
- Lorsque les gamètes conservés sont des **spermatozoïdes**, l'intéressé peut, à tout moment, consentir par écrit à ce qu'une partie de ses gamètes fasse l'objet d'un don en application du chapitre IV du titre IV du livre II du code de santé publique (*loi n°2021-1017*),
- **Le CFC mettra fin à la conservation de vos paillettes :**
 - En l'absence de réponse de votre part aux relances **pendant dix années consécutives** et en l'absence de consentement au don ou à la recherche,
 - Lorsque vous atteindrez un âge ne justifiant plus l'intérêt d'une conservation, hors choix de don ou de recherche :
 - Jusqu'à son **45^{ème}** anniversaire pour la femme, (*arrêté du 26/10/2021 en application de l'art L.2141.11 du CSP*),
 - Jusqu'à son **60^{ème}** anniversaire pour l'homme (*arrêté du 26/10/2021 en application de l'art L.2141.11 du CSP*),
 - En cas de décès et en l'absence du consentement au don ou à recherche.
- Pour une utilisation à l'étranger, une autorisation préalable d'exporter les gamètes doit être obtenue auprès de l'Agence de la Biomédecine,
- En cas de transfert dans un autre laboratoire, la responsabilité du laboratoire de biologie de la reproduction du CFC cessera dès la remise de vos paillettes,
- **Le CFC ne peut pas garantir la qualité des gamètes conservés, ni affirmer qu'ils pourront être utilisés avec succès.**

M'engage à répondre aux courriers qui me seront adressés par le CFC et à signaler tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone me concernant.

Accepte que l'ensemble de la prise en charge et des gestes techniques soit assuré indistinctement par les femmes ou les hommes constituant le personnel soignant.

Accepte que les données nominatives informatisées et sécurisées de mon dossier soient communiquées avec l'accord de la CNIL à l'Agence de Biomédecine, établissement public national placé sous la tutelle du ministère de la santé chargé d'évaluer les conséquences des activités de l'Assistance Médicale à la Procréation sur les couples et les enfants.

Accepte que des données médicales non nominatives soient utilisées à des fins de recherche médicale.

**Je confirme ce jour, après 3 mois de réflexion si souhait personnel,
ma demande de Préservation de Fertilité par autoconservation de gamètes.**

Fait à _____, Le ____ / ____ / ____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Madame ☐ / Monsieur ☐

Cachet et signature du Médecin / Biologiste