


## Centre de la reproduction du CUSM Consentement au Cycle de transfert d'embryons congelés (TEC)

### Instructions à suivre pour remplir le formulaire de consentement

Vous et votre partenaire (si applicable) devez apposer vos initiales à la page 1.

Exemple :

Veuillez apposer vos initiales (si applicable) :			
<b>C.M.</b>	<b>2017/09/14</b>	<b>S.T.</b>	<b>2017/09/14</b>
<i>Patiente</i>	<i>Date AAAA/MM/JJ</i>	<i>Partenaire</i>	<i>Date AAAA/MM/JJ</i>
<i>Initiales</i>		<i>Initiales</i>	



### Signature du consentement (page 3)

Vous et votre partenaire (si applicable) devez inscrire clairement votre/vos nom(s), remplir les informations demandées et signer le consentement en présence d'un témoin.

Le témoin peut être quelqu'un qui vous connaît bien (voisin, ami, parent, etc.). Le rôle du témoin de la signature est simplement de confirmer l'identité du/des signataire(s). Le témoin devrait clairement imprimer son nom puis signer le formulaire.

Veillez vous faire une copie du consentement signé pour vos dossiers.



**Veillez noter que notre personnel infirmier ne peut vous remettre votre calendrier de traitement si le formulaire de consentement est incomplet ou manquant à votre dossier médical.**

Si vous avez des questions ou des réserves concernant ce formulaire de consentement, veuillez composer le 514-843-1650 afin d'obtenir un rendez-vous pour revoir le consentement avec un membre de notre personnel médical.



**Centre de la reproduction du CUSM  
Consentement au Cycle de transfert d'embryons congelés (TEC)**

<i>Femme partenaire en traitement</i>	<i>Époux/Partenaire (si applicable)</i>
RAMQ	RAMQ
Prénom	Prénom
Nom	Nom
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Date of Birth (AAAA/MM/JJ)
Numéro de la carte d'hôpital	Numéro de la carte d'hôpital

Comme discuté et prescrit par médecin, je consens à procéder à un cycle de transfert d'embryons congelés (TEC) :

**Cycle de transfert d'embryons congelés (TEC)**

Je confirme avoir reçu les informations suivantes :

- Je peux être amenée à prendre divers médicaments pour préparer mon utérus à recevoir le(s) embryon(s). Il peut y avoir des risques et des effets secondaires reliés à ces médicaments;
- Mon cycle peut être annulé en tout temps jusqu'au moment du transfert d'embryons (inclusivement);
- Il n'est pas possible de garantir le nombre d'embryons congelés qui survivront au processus de décongélation ou qui seront propices au transfert;
- La coquille de l'embryon sera amincie à l'aide de la technique d'éclosion assistée dans le but d'améliorer le processus d'implantation;
- Il n'y a aucune garantie de grossesse suite au traitement.

Veuillez apposer vos initiales (si applicable) :

_____	_____	_____	_____
<i>Patiente</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>	<i>Partenaire</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>
<i>Initiales</i>		<i>Initiales</i>	



H:\MRC\_Operations\FORMS\COV Calendar Package\02 FERC\CON 003

Je comprends et je confirme/nous comprenons et nous confirmons avoir reçu les informations suivantes :

## Traitement

- Le traitement sera effectué par l'équipe médicale du Centre de la reproduction du CUSM (la Clinique);
- Les indications pour, les risques possibles et les options alternatives de traitement;
- Des tests sanguins de dépistage de maladies transmissibles sont requis pour mon partenaire (si applicable) et moi avant le début de mon (notre) traitement. Il se peut que le traitement soit retardé ou annulé si les résultats sont anormaux, ne sont pas disponibles ou ne sont pas à jour;
- Bien que quelques études suggèrent que les traitements de fertilité peuvent être associés à des effets négatifs à long terme, d'autres études ne soutiennent pas ces résultats;
- Toutes les précautions raisonnables seront prises, mais ni le personnel ni la Clinique ne sont responsables des embryons congelés endommagés;
- Il se peut que le personnel de la Clinique procède à la révision de mon/notre dossier médical aux fins de recherche de candidats potentiels pour un essai clinique approuvé par le Bureau d'éthique de la recherche du CUSM;
- Je fournirai/nous fournirons à la Clinique l'information ayant trait aux résultats de mon traitement et à l'évolution de ma grossesse (résultant du traitement). Il se peut que la Clinique me contacte au sujet du suivi à long terme.

## Embryons congelés

- Le Centre de la reproduction du CUSM ne peut céder des ovules, du sperme ou des embryons congelés qu'à un autre centre de procréation assistée. Pour ce genre de transfert, les deux partenaires doivent en faire la demande par écrit un mois avant la date prévue de transfert;
- Je dois/nous devons rester en contact avec la Clinique sur une base annuelle dans le but de reconfirmer mon/notre intention au sujet de l'entreposage et de la disposition de mes embryons congelés non transférés. De plus, je suis /nous sommes responsable(s) d'informer la Clinique d'une séparation ou d'un divorce et de tout changement d'adresse et de coordonnées. Si je ne contacte/nous ne contactons pas la Clinique pendant une période de plus de 5 ans, la Clinique a le droit de disposer des embryons congelés selon les directives du Ministère;
- Après la première année, je serai/nous serons responsable(s) de déboursier les frais d'entreposage. Des frais rétroactifs me seront facturés si je ne demeure pas en contact avec la Clinique.

## Risques associés à la grossesse

- La Clinique est tenue de se conformer aux lois du Québec en ce qui concerne le nombre d'embryons à transférer lors de chacune des tentatives. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un seul embryon;
- Une grossesse multiple (plus d'un bébé) est plus probable lorsque plus d'un embryon est transféré à la fois. Les risques de complications durant et après la grossesse et pendant l'accouchement sont plus élevés dans le cas d'une grossesse multiple;
- Comme dans le cas d'une conception naturelle, il existe un risque d'anomalie chez le bébé.
- Le risque de complications liées à la grossesse peut être plus élevé dans des cas d'infertilité et/ou dans le cadre de traitements de l'infertilité;
- Le dépistage prénatal dans le but d'identifier certaines anomalies génétique fœtales devrait être considéré;

- Comme dans le cas d'une conception naturelle, il existe un risque de grossesse ectopique (grossesse à l'extérieur de l'utérus) et de fausse couche.

### Retrait du consentement

- Je peux à tout moment retirer mon consentement/Mon partenaire et moi pouvons à tout moment retirer notre consentement d'usage de mes/nos embryons congelés. La Clinique doit être avisée du retrait du consentement par écrit avant l'usage des embryons;
- Un accusé de réception confirmant votre retrait vous sera envoyé par écrit par un membre du personnel professionnel.

### Signature du consentement

Je comprends/nous comprenons que les lois du Canada et de la province du Québec gouvernent la relation qui m'unit/nous unit à la Clinique et à tout professionnel de la santé impliqué dans le cadre de mes/nos soins.

#### CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

On m'a donné le temps de considérer le contenu du présent document et la chance de poser des questions avant de signer. Je consens au traitement tel que décrit dans ce formulaire.

\_\_\_\_\_  
*Nom de la patiente  
 (en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Lieu (ville)*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA/MM/JJ)*

\_\_\_\_\_  
*Nom du témoin  
 (en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Lieu (ville)*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA/MM/JJ)*

#### CONSENTEMENT DU PARTENAIRE (si applicable)

J'atteste que nous serons traités conjointement. On m'a donné le temps de considérer le contenu du présent document et la chance de poser des questions avant de signer.

\_\_\_\_\_  
*Nom du partenaire  
 (en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Lieu (ville)*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA/MM/JJ)*

\_\_\_\_\_  
*Nom du témoin  
 (en lettres moulées)*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Lieu (ville)*

\_\_\_\_\_  
*Date (AAAA/MM/JJ)*