

Consentement à la congélation d'ovules pour la préservation de la fertilité

Instructions à suivre pour remplir le formulaire de consentement à la congélation d'ovules pour la préservation de la fertilité


Vous devez apposer vos initiales dans chaque espace prévu.

Sur certaines pages, vous devez indiquer votre choix et apposer vos initiales. Assurez-vous que votre choix et vos initiales sont clairement marqués dans la case prévue.

Exemple :

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :

C.M.	2017/09/14
<i>Patient Initiales</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>



Signature du consentement (page 4)

Vous devez inscrire clairement votre nom, 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 signataire. Le témoin devrait inscrire lisiblement 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.

Consentement à la congélation d'ovules pour la préservation de la fertilité

Patient

RAMQ
Prénom
Nom
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Numéro de la carte d'hôpital

Veuillez indiquer le traitement prescrit par votre médecin.

Stimulation ovarienne et prélèvement d'ovules

Je consens à une stimulation ovarienne et un prélèvement d'ovules dans le but de préserver ma fertilité et je confirme avoir reçu les informations suivantes :

- Je vais prendre divers médicaments pour préparer les ovules (les œufs) dans mes ovaires au prélèvement. Il y a des risques et des effets secondaires reliés à ces médicaments;
- Mon traitement peut être annulé à tout moment entre la stimulation ovarienne et le prélèvement d'ovules. La/les raison(s) de l'annulation me sera/seront communiquée(s);
- Des médicaments et une sédation seront administrés au besoin lors du prélèvement d'ovules;
- La procédure de prélèvement d'ovules comporte un certain risque de complications potentielles (par exemple : saignement, infection);
- Il se peut que l'on ne trouve pas d'ovules ou que le degré de maturation des ovules ne soit pas approprié; seuls les ovules matures peuvent être congelés;
- Les ovules immatures seront détruits selon les directives du protocole standard;
- Les ovules matures seront congelés pour mes propres besoins reproductifs.

Veuillez apposer vos initiales :

Patient
Initiales

Date AAAA / MM / JJ



Prélèvement d'ovules sans stimulation ovarienne

Je consens à un prélèvement d'ovules dans le but de préserver ma fertilité et je confirme avoir reçu les informations suivantes :

- Il se peut que je doive prendre des médicaments pour aider le processus de maturation de mes ovules (œufs).
- Mon traitement peut être annulé à tout moment avant le prélèvement d'ovules. La/les raison(s) de l'annulation me sera/seront communiquée(s);
- Des médicaments et une sédation seront administrés au besoin lors du prélèvement d'ovules;
- La procédure de prélèvement d'ovules comporte un certain risque de complications potentielles (par exemple : saignement, infection);
- Il se peut que l'on ne trouve pas d'ovules ou que le degré de maturation des ovules ne soit pas approprié; seuls les ovules matures peuvent être congelés;
- Mes ovules seront traités en laboratoire afin de surveiller et d'assister le processus de maturation;
- Les ovules immatures seront détruits selon les directives du protocole standard;
- Les ovules matures seront congelés pour mes propres besoins reproductifs.

Veillez apposer vos initiales :

Patient Initiales	Date AAAA / MM / JJ
----------------------	---------------------



Ovules congelés — En cas de décès

Dans le cas de mon décès; s'il reste des ovules congelés, je consens à ce qu'ils soient :

- a. Donnés à un individu particulier pour ses propres besoins reproductifs futurs :

_____	_____	_____
Nom	Date de naissance	Carte d'assurance maladie
_____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	

Je, bénéficiaire susmentionné, suis conscient de ce don et je consens à recevoir tout ovule congelé restant.

_____	_____
Signature	Date AAAA/MM/JJ



- b. Donnés à des fins d'enseignement, après quoi ils seront détruits selon les directives du protocole standard.

- c. Détruits selon les directives du protocole standard.

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :

_____	_____
Patient Initiales	Date AAAA / MM / JJ



Je comprends et je confirme 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 avant le début de mon 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;
- La disponibilité de soutien psychologique;
- Bien que quelques études suggèrent que les traitements de fertilité peuvent être associés à des effets négatifs à long terme, la plupart des études ne soutiennent pas ces résultats;
- Il se peut que le personnel de la Clinique procède à la révision de mon dossier médical aux fins de recherche de candidats potentiels pour un essai clinique approuvé par le Bureau d'éthique de la recherche du CUSM;
- Il se peut que la Clinique me contacte au sujet du suivi à long terme.

Ovules congelés

- Toutes les précautions raisonnables seront prises, mais ni le personnel ni la Clinique ne sont responsables des ovules congelés endommagés;
- Il n'y a aucune garantie que les ovules survivront au processus de congélation et/ou décongélation;
- L'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI), le procédé par lequel un seul spermatozoïde est injecté directement dans chacun des ovules matures, sera utilisée dans le futur pour inséminer mon ou mes ovules; la technique d'ICSI présente un faible risque d'endommager les ovules pendant la procédure;
- Il n'y a aucune garantie de grossesse à partir d'ovules congelés. La possibilité d'une grossesse peut être réduite lorsque des ovules congelés/décongelés sont utilisés;
- Avant d'utiliser mes ovules congelés, je serai informée de la probabilité d'une grossesse, des risques associés à la grossesse et des complications possibles;
- Le Centre de la reproduction du CUSM ne peut céder mes ovules congelés qu'à un autre centre de procréation assistée. Pour ce genre de transfert, je dois en faire la demande par écrit un mois avant la date prévue de transfert; Je suis responsable de tous les frais associés au transport;
- Je dois rester en contact avec la Clinique sur une base annuelle dans le but de reconfirmer mon intention au sujet de l'entreposage et de la disposition de mes ovules congelés. De plus, je suis responsable d'informer la Clinique de tout changement d'adresse et de coordonnées. Si je ne contacte pas la Clinique pendant une période de plus de 5 ans, la Clinique a le droit de disposer des ovules congelés selon les directives du Ministère;
- Après la première année, je serai responsable de déboursier les frais d'entreposage. Des frais rétroactifs me seront facturés si je ne demeure pas en contact avec la Clinique;
- Le traitement de préservation de la fertilité pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer est couvert actuellement par le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) selon la loi 20 (chapitre 25-34.3). La RAMQ couvre également les frais d'entreposage pour les cinq premières années.

Retrait du consentement

- Je peux retirer mon consentement concernant mes choix indiqués ci-haut à tout moment avant que l'option choisie ait été exécutée, en avisant la Clinique par écrit.
- Un accusé de réception confirmant mon retrait me sera envoyé par écrit par un membre du personnel professionnel.

Signature du Consentement

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

CONSENTEMENT DU PATIENT

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

*Nom du patient
(en lettres moulées)*

Signature

Lieu (Ville)

Date (AAAA/MM/JJ)

*Nom du témoin
(en lettres moulées)*

Signature

Lieu (Ville)

Date (AAAA/MM/JJ)