

## Centre de la reproduction du CUSM Consentement au don d'ovules


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

Vous devez apposer vos initiales dans chaque espace prévu.

Sur certaines pages, vous devez indiquer vos choix et apposer vos initiales à plusieurs endroits. Assurez-vous que vos sélections et vos initiales sont clairement marquées dans les cases indiquées :

Exemple :

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :	
<b>C.M.</b>	<b>2017/09/14</b>
<i>Patient</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>
<i>Initiales</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/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 don d'ovules**

**Donneuse d'ovules**

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 demande et consens à suivre un cycle de traitement comprenant une stimulation ovarienne et un prélèvement d'ovules dans le but de faire un don d'ovules pour les besoins reproductifs d'un Bénéficiaire (Receveuse ou Parent(s) d'intention) 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;
- Si un moyen de contraception adéquat n'est pas utilisé, je m'expose à un risque élevé de grossesse en cours de cycle de traitement;
- 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 utilisés pour la fécondation;
- La fécondation d'un ou plusieurs ovules n'est pas garantie. Les ovules non fécondés seront détruits selon les directives du protocole standard.

Veuillez apposer vos initiales :

Patient Initiales	Date AAAA / MM / JJ



# OU

## Prélèvement d'ovules sans stimulation ovarienne

Je demande et consens à suivre un cycle de traitement comprenant une stimulation ovarienne et un prélèvement d'ovules dans le but de faire un don d'ovules pour les besoins reproductifs d'un Bénéficiaire (Receveuse ou Parent(s) d'intention) 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 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 utilisés pour la fécondation;
- Mes ovules seront traités en laboratoire afin de surveiller et d'assister le processus de maturation;
- La fécondation d'un ou plusieurs ovules n'est pas garantie. Les ovules non fécondés seront détruits selon les directives du protocole standard.

Veillez apposer vos initiales :

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



## Bénéficiaire (Receveuse ou Parent(s) d'intention)

Je consens à donner tous mes ovules prélevés à :

- a. une Receveuse désignée ou Parent(s) d'intention

\_\_\_\_\_

*Nom de la receveuse*

\_\_\_\_\_

*Date de naissance*

**OU**

\_\_\_\_\_

*Parent d'intention #1*

\_\_\_\_\_

*Date de naissance*

\_\_\_\_\_

*Parent d'intention #2 (si applicable)*

\_\_\_\_\_

*Date de naissance*

- b. un(e) Bénéficiaire anonyme choisi(e) par \_\_\_\_\_
- c. ma partenaire dans le but de réaliser notre projet parental commun

En sélectionnant l'option A ou B, je renonce à tous mes droits et obligations légaux et à toute réclamation à l'égard de la progéniture qui pourrait provenir du don d'ovules.

Veillez apposer vos initiales :


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




## Disposition d'embryons excédentaires de qualité insuffisante

Si après le transfert d'embryons il reste des embryons de qualité insuffisante pour la congélation (cryopréservation), conformément aux désirs du Bénéficiaire, je consens à ce qu'ils soient :

- Donnés à un projet de recherche approuvé (qui devrait être discuté avec moi/nous) ou à des fins d'enseignement, après quoi ils seront détruits selon les directives du protocole standard.
- Détruits selon les directives du protocole standard.

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix : 

Patient	Date AAAA / MM / JJ
Initiales	




## Embryons congelés


### Choix de la donneuse

Si à la fin du/des traitement(s) du Bénéficiaire il reste des embryons congelés, ou dans le cas de l'échec du mariage ou de l'union du Bénéficiaire (si applicable), ou le décès en même temps des deux partenaires, conformément aux désirs du Bénéficiaire, je consens à ce qu'ils soient :

- Donnés à un projet de recherche approuvé (qui devrait être discuté avec moi/nous) ou à des fins d'enseignement, après quoi ils seront détruits selon les directives du protocole standard.
- Détruits selon les directives du protocole standard.

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix : 

Patient	Date AAAA / MM / JJ
Initiales	



Je comprends et je confirme avoir reçu les informations suivantes :

### Counseling et aspects juridiques

- L'obligation à procéder à une consultation psychologique;
- Le Centre de la reproduction (la Clinique) ne peut pas fournir des conseils juridiques concernant le don d'ovules;
- J'ai pris la décision de faire le traitement de mon gré, sans coercition ou influence excessive;
- Je m'engage à remplir le formulaire de renseignements sur la donneuse avant le début du traitement;
- La Clinique ne peut pas divulguer l'occurrence d'une grossesse issue de mon don d'ovules.

## 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;
- Je suis responsable d'informer la Clinique de tout nouveau diagnostic de maladie ou d'infection ou de toute situation comportant un risque d'exposition;
- 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;
- 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;
- 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;
- Je suis responsable d'informer la Clinique de tout changement d'adresse et de coordonnées. Il se peut que la Clinique me contacte au sujet du suivi à long terme.

## Retrait du consentement

- Je peux retirer mon consentement au sujet de mes choix indiqués ci-haut en avisant la Clinique par écrit. Toutefois, je ne peux retirer mon consentement au don d'ovules si les ovules ont déjà été utilisés (c. -à d. une fois les ovules prélevés et /ou fécondés).
- Un accusé de réception confirmant le retrait du consentement 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

<b>CONSENTEMENT DU PATIENT</b>			
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.			
_____ <i>Nom du patient</i> <i>(en lettres moulées)</i>	_____ <i>Signature</i>	_____ <i>Lieu (Ville)</i>	_____ <i>Date (AAAA/MM/JJ)</i>
_____ <i>Nom du témoin</i> <i>(en lettres moulées)</i>	_____ <i>Signature</i>	_____ <i>Lieu (Ville)</i>	_____ <i>Date (AAAA/MM/JJ)</i>

Clinique et à tout professionnel de la santé impliqué dans le cadre de mes soins.