

Centre de la reproduction du CUSM  
Consentement à la congélation d'embryons pour la préservation de la fertilité

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

Les deux partenaires doivent apposer leurs initiales dans tous les espaces prévus.

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 :

Veuillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :

<b>C.M.</b>	<b>2017/09/14</b>	<b>S.T.</b>	<b>2017/09/14</b>
<i>Patient</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 6)

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.

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



**Veuillez 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.

**Consentement à la congélation d'embryons pour la préservation de la fertilité**

<i>Patient</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

Veuillez indiquer le traitement prescrit par votre médecin.

**FIV (fécondation *in vitro*)**

Je consens à un traitement de FIV dans le but de préserver ma fertilité. Mon partenaire (si applicable) et moi confirmons avoir reçu les informations suivantes :

- Je vais prendre divers médicaments pour préparer les ovules (œufs) dans mes ovaires au prélèvement. Il y a des risques et des effets secondaires possibles 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/nous 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;
- Il se peut qu'une injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI), le procédé par lequel un seul spermatozoïde est injecté directement dans chacun des ovules matures, soit nécessaire dans le but d'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 que les embryons se développent normalement;
- Les embryons de bonne qualité seront congelés pour mes/nos propres besoins reproductifs.

Veuillez apposer vos initiales (si applicable) :

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



## OU

### MIV (maturation *in vitro*)

Je consens à subir un traitement de MIV dans le but de préserver ma fertilité. Mon partenaire (si applicable) et moi confirmons 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 le début du traitement et le prélèvement d'ovules. La/les raison(s) de l'annulation me/nous 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;
- L'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI), le procédé par lequel un seul spermatozoïde est injecté directement dans chacun des ovules matures, sera utilisée 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 que les embryons se développent normalement;
- Les embryons de bonne qualité seront congelés pour mes/nos propres besoins reproductifs.

Veuillez apposer vos initiales (si applicable) :

_____	_____	_____	_____
Patient	Date AAAA/MM/JJ	Partenaire	Date AAAA/MM/JJ
Initiales		Initiales	



## Le sperme qui sera utilisé pour la fécondation sera :

- Le sperme de mon partenaire.
- Le sperme de mon partenaire ou si nécessaire, l'échantillon de sperme de donneur provenant d'une banque de sperme agréée par Santé Canada.
- L'échantillon de sperme de donneur seulement, provenant d'une banque de sperme agréé par Santé Canada.
- Don dirigé. Inscrire le nom et la date de naissance du donneur :

\_\_\_\_\_

*Nom complet du donneur*

\_\_\_\_\_

*Date de naissance (AAAA / MM / JJ)*

Veuillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Patient Initiales</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>	<i>Partenaire Initiales</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>

## Disposition d'embryons de qualité insuffisante

S'il y a des embryons de qualité insuffisante pour la congélation (cryopréservation), je consens/nous consentons 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.

Veuillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Patient Initiales</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>	<i>Partenaire Initiales</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>

## Embryons congelés — En cas de décès

### Choix de la patiente

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

- Donnés à mon/ma partenaire survivant pour ses propres besoins reproductifs futurs.
- Donnés à un projet de recherche approuvé (qui devrait être discuté avec mon/ma partenaire) 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 : 

<i>Patient</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>	<i>Partenaire</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>
<i>Initiales</i>		<i>Initiales</i>	



## Embryons congelés — En cas de décès

### Choix du/de la partenaire (si applicable)

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

- Donnés à ma partenaire survivant pour ses propres besoins reproductifs futurs.
- Donnés à un projet de recherche approuvé (qui devrait être discuté avec ma partenaire) 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 : 

<i>Patient</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>	<i>Partenaire</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>
<i>Initiales</i>		<i>Initiales</i>	



## Embryons congelés — En cas de décès en même temps

### Choix du couple (si applicable)

Dans le cas de notre décès simultané, s'il reste des embryons congelés, nous consentons à ce qu'ils soient :

- Donnés 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 : 

<i>Patient</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>	<i>Partenaire</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>
<i>Initiales</i>		<i>Initiales</i>	



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;
- La disponibilité de soutien psychologique;
- L'obligation à procéder à une consultation psychologique lorsque le sperme utilisé provient d'un don de sperme (banque de sperme ou don dirigé);
- 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 (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;
- Il se peut que la Clinique me contacte au sujet du suivi à long terme.

### **Embryons congelés**

- Toutes les précautions raisonnables seront prises, mais ni le personnel ni la Clinique ne sont responsables des embryons congelés endommagés;
- Il n'y a aucune garantie que les embryons survivront au processus de congélation et/ou décongélation;
- Il n'y a aucune garantie de grossesse à partir d'embryons congelés. La possibilité d'une grossesse peut être réduite lorsque des embryons congelés/décongelés sont utilisés;
- 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; nous sommes responsables de tous les frais associés au transport;
- 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.
- 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.

**Consentement à la congélation d'embryons pour la préservation de la fertilité**

## Retrait du consentement

- Je peux retirer mon consentement/mon partenaire ou moi pouvons retirer notre consentement au sujet de mes/nos choix de traitement indiqués ci-haut à tout moment, avant que l'option choisie ait été exécutée, en avisant la Clinique par écrit;
- Je peux retirer à tout moment/mon partenaire ou 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 mon/notre retrait me/nous sera envoyé par écrit par un membre du personnel professionnel.
- Si le sperme utilisé provient d'un don dirigé, je comprends que le donneur peut retirer son consentement par écrit jusqu'au moment où le sperme est préparé pour être utilisé.

## 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 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, parent d'intention, 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)*

### CONSENTEMENT DU PARTENAIRE (si applicable)

Je, parent d'intention, 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 additionnelles avant de signer ce formulaire.

\_\_\_\_\_  
*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)*