

Centre de la reproduction du CUSM
Consentement du Couple Demandeur (parent(s) d'intention) au traitement
de FIV ou de MIV et au transfert d'embryons à une mère porteuse gestationnelle

Instructions à suivre pour remplir le formulaire de consentement

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 :



Please indicate letter of choice :			
C.M.	2017/09/14	S.T.	2017/09/14
<i>Patient Initials</i>	<i>Date YYYY / MM / DD</i>	<i>Partner Initials</i>	<i>Date YYYY / MM / DD</i>

Signature du consentement (page 7)

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.

Consentement du Couple Demandeur (parent(s) d'intention) au traitement de FIV ou de MIV et au transfert d'embryons à une mère porteuse gestationnelle

<i>Patient</i>	<i>Partenaire</i>
RAMQ	RAMQ
Prénom	Prénom
Nom	Nom
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Numéro de la carte d'hôpital	Numéro de la carte d'hôpital

Mère porteuse gestationnelle qui fera le traitement

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



Consentement des demandeurs (parent(s) d'intention) au traitement de FIV ou de MIV et au transfert d'embryons à une mère porteuse gestationnelle

Comme discuté et prescrit par mon/notre médecin :

Veillez indiquer le traitement prescrit par votre médecin.

FIV (fécondation *in vitro*)

Je consens à subir un traitement de FIV afin de créer des embryons qui seront transférés en vue d'une grossesse à une Mère Porteuse Gestationnelle. 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 transfert d'embryons;
- 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 créés seront réservés pour mes/nos propres besoins reproductifs;
- Il se peut que l'on amincisse la coquille de l'embryon à l'aide de la technique d'éclosion assistée dans le but d'améliorer l'implantation;
- Au moment du transfert d'embryons, mon/mes embryon(s) sera/seront transféré(s) à l'utérus de la mère porteuse;
- Il n'y a aucune garantie de grossesse suite au traitement.

Veillez apposer vos initiales (si applicable) :

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



OU



MIV (maturation *in vitro*)

Je consens à subir un traitement de MIV afin de créer des embryons qui seront transférés en vue d'une grossesse à une mère porteuse gestationnelle. 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) au moment du prélèvement;
- Mes ovules seront traités en laboratoire afin de surveiller et d'assister le processus de maturation;
- Mon traitement peut être annulé à tout moment entre le début du traitement et le transfert d'embryons;
- 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 seront utilisés pour la fécondation;
- 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 pose un faible risque d'endommager les ovules pendant la procédure;
- La fécondation d'un ou plusieurs ovules n'est pas garantie. Les ovules non fécondés seront détruits selon les directives du protocole standard;
- Il n'y a aucune garantie que les embryons se développent normalement;
- Il se peut que l'on amincisse la coquille de l'embryon à l'aide de la technique d'éclosion assistée dans le but d'améliorer l'implantation;
- Les embryons créés seront réservés pour mes/nos propres besoins reproductifs.
- Au moment du transfert d'embryons, mon/mes embryon(s) sera/seront transféré(s) à l'utérus de la mère porteuse;
- Il n'y a aucune garantie de grossesse suite au traitement.

Veuillez apposer vos initiales (si applicable) :

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



Le sperme qui sera utilisé pour la fécondation sera :

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

Nom complet du donneur

Date de naissance (AAAA / MM / JJ)

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :



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

Embryons excédentaires de bonne qualité

Le nombre d'embryons créés peut excéder le nombre d'embryons transférés lors d'un cycle de traitement. S'il reste des embryons de qualité suffisante pour la congélation (cryopréservation), je consens/nous consentons à ce qu'ils soient :

- a. Congelés (cryopréservés) pour mes/nos propres besoins reproductifs futurs.
- b. 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.
- c. Détruits selon les directives du protocole standard.

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :



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

Disposition d'embryons excédentaires de qualité insuffisante

Si après le transfert d'embryons il reste des embryons de qualité insuffisante pour la congélation (cryopréservation), je consens/nous consentons à ce qu'ils soient :

- a. 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.
- b. Détruits selon les directives du protocole standard.

Veillez indiquer la lettre correspondant à votre choix :



<i>Patiente 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.

Veuillez indiquer la lettre correspondant à votre choix : 

_____	_____	_____	_____
<i>Patiente</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 mon 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.

Veuillez indiquer la lettre correspondant à votre choix : 

_____	_____	_____	_____
<i>Patiente</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.

Veuillez indiquer la lettre correspondant à votre choix : 

_____	_____	_____	_____
<i>Patiente</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 :

Counseling et aspects juridiques

- L'obligation de procéder à une consultation psychologique;
- Le Centre de la reproduction du CUSM (la Clinique) ne peut fournir des conseils juridiques concernant les arrangements de maternité de substitution et la filiation des enfants qui en sont issus;
- Je dois/nous devons consulter un avocat au sujet des aspects juridiques liés aux arrangements de maternité de substitution et la filiation des enfants qui en sont issus avant de pouvoir commencer le traitement;
- Je dois/nous devons fournir une lettre de l'avocat confirmant l'entente de gestation pour autrui.

Traitement

- Le traitement sera effectué par l'équipe médicale du Centre de la reproduction du CUSM;
- 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;
- 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

- 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;
- 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 de mes 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. Ce risque 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 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 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/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.
- 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\nnous comprenons que les lois du Canada et de la province du Québec gouvernent la relation qui m'unit\nnous unit à la Clinique et à tout professionnel de la santé impliqué dans le cadre de mes\nnos 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 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)

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)