


## Maternité de substitution transfert d'embryon congelé (TEC) Consentement de la mère porteuse gestationnelle et du couple demandeur (parent(s) d'intention)

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

Vous, parent(s) d'intention et mère porteuse gestationnelle, devez apposer vos initiales dans chaque section prévue selon le cas. Assurez-vous que vos initiales sont clairement marquées.

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>Parent d'intention #1 Initiales</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>	<i>Parent d'intention #2 Initiales</i>	<i>Date AAAA / MM / JJ</i>



### Signature du consentement (page 5)

Vous devez inscrire vos noms, 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.

**Maternité de substitution transfert d'embryon congelé (TEC)  
Consentement de la mère porteuse gestationnelle et  
du couple demandeur (parent(s) d'intention)**

***Parent d'intention #1***

***Parent d'intention #2***

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

Veuillez indiquer le traitement prescrit par votre médecin.

**Transfert d'embryons congelés (TEC)**

**Mère porteuse gestationnelle**

Je consens à subir un traitement constitué d'un transfert d'embryons congelés (TEC) créés par le/les parent(s) d'intention pour qui j'ai accepté d'agir comme mère porteuse gestationnelle.

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'y a aucune garantie de grossesse suite au traitement.

Veuillez apposer vos initiales (si applicable) :

Mère porteuse gestationnelle  
Initiales

Date AAAA / MM / JJ



**Transfert d'embryons congelés (TEC)**

**Couple demandeur (parent(s) d'intention)**

Je consens/nous consentons à procéder à un cycle de transfert d'embryons congelés (TEC) à une mère porteuse gestationnelle. Je confirme/nous confirmons avoir reçu les informations suivantes :

- 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) :

Parent d'intention #1  
Initiales

Date AAAA / MM / JJ

Parent d'intention #2  
Initiales

Date AAAA / MM / JJ



Nous (parent(s) d'intention et mère porteuse gestationnelle) comprenons et 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;
- 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 que le traitement puisse commencer;
- 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 la mère porteuse gestationnelle et son partenaire (si applicable) avant le début du 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 nos dossiers médicaux aux fins de recherche de candidats potentiels pour un essai clinique approuvé par le Bureau d'éthique de la recherche du CUSM;
- Nous fournirons à la Clinique l'information ayant trait aux résultats du traitement et à l'évolution de la grossesse (résultant du traitement). Il se peut que la Clinique nous 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, le/les parent(s) d'intention doit/doivent en faire la demande par écrit un mois avant la date prévue de transfert;
- Je/nous, le/les parent(s) d'intention, dois/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/nos 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 suis/nous sommes (parent(s) d'intention) 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 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/nous pouvons (parent(s) d'intention) à tout moment retirer mon/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.
- Je (mère porteuse gestationnelle) peux retirer mon consentement à tout moment avant le transfert d'embryons en avisant la Clinique par écrit.
- Un accusé de réception confirmant votre retrait vous sera envoyé par écrit par un membre du personnel professionnel.

## Le CMV et le don d'ovules : Ce que vous devez savoir

### Qu'est-ce que le cytomégalovirus (CMV)?

Il s'agit d'un virus commun de la famille des herpèsvirus. Il est généralement inoffensif et la plupart des gens l'ont contracté avant d'atteindre l'âge adulte.

### Quels sont les symptômes d'une infection à CMV?

Occasionnellement, une infection à CMV provoquera des symptômes tels que la fièvre, le mal de gorge, la fatigue et l'enflure des ganglions.

### Comment le CMV se transmet-il?

Le CMV se transmet par contact direct avec des sécrétions corporelles comme l'urine, la salive, les selles, le sang, le sperme et les sécrétions vaginales.

### Qui est à risque au contact d'une personne présentant un CMV actif?

Deux groupes de personnes sont particulièrement à risque. Les patients immunodéprimés courent le risque qu'une maladie aiguë se déclare. Les enfants à naître des femmes qui contractent le CMV pour la première fois durant leur grossesse sont aussi en danger parce que le CMV peut traverser le placenta et entraîner une infection « congénitale ».

### Quels sont les risques liés au CMV congénital?

Le CMV congénital peut toucher le système nerveux central et entraîner l'arriération mentale ou la surdité à des degrés variables. Il peut aussi être la cause d'une pneumonie, d'une infection du foie et de la rate, ou d'un volume crânien plus petit que la normale (maladie des inclusions cytomégaliqes).

### Quelles peuvent être les conséquences d'un don d'ovules entre une donneuse CMV (+) et une receveuse CMV (-)?

Dans des circonstances normales, moins de la moitié des femmes qui contractent le CMV durant leur grossesse le transmettront à leurs bébés et seuls quelques-uns des bébés atteints présenteront des infections symptomatiques à la naissance ou pendant leur petite enfance. Nous ne savons pas si le CMV peut être transmis lors d'un don d'ovules par une femme porteuse du virus. Si la transmission du CMV est possible, nous ne savons pas s'il y a risque que la mère contracte l'infection ni quel serait le dénouement pour le fœtus. Pour cette raison, le don d'ovules entre une donneuse qui porte le CMV et une receveuse qui n'en est pas atteinte n'est généralement pas recommandé. Une étude a démontré que le CMV n'est pas présent dans les ovules des donneuses CMV+1. Toutefois, aucune autre étude n'a été menée pour confirmer cette constatation et il faut conclure pour le moment que le risque de transmission lors d'un don d'ovules est fort probablement théorique, bien qu'il soit possible.

*1. Is there a risk of cytomegalovirus transmission during in vitro fertilization with donated oocytes? Witz CA, Duan Y, Burns WN, Atherton SS, Schenken RS. Fertil Steril. Février 1999; 71(2): 302-7.*

## Signature du consentement

Nous (parent(s) d'intention et mère porteuse gestationnelle) comprenons que les lois du Canada et de la province du Québec gouvernent la relation qui nous unit à la Clinique et à tout professionnel de la santé impliqué dans le cadre de nos soins.

### CONSETEMENT DE LA PATIENTE — MÈRE PORTEUSE GESTATIONNELLE

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 mère porteuse  
(en lettres moulées)*

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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

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

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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

### PARENT D'INTENTION #1

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 parent d'intention #1  
(en lettres moulées)*

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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

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

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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

### INTENDED PARENT #2

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 parent d'intention #2  
(en lettres moulées)*

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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

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

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

\_\_\_\_\_  
*Lieu (Ville)*

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