



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Déclaration de consentement préalable à toute procréation médicalement assistée (IUI, FIV, ICSI)

Par notre signature, nous donnons notre accord pour le traitement de procréation médicalement assistée proposé en raison de notre infertilité.

En conformité avec la loi suisse sur la procréation médicalement assistée, nous avons :

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | reçu une explication sur les causes de notre infertilité |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bénéficié de conseils sur les différentes possibilités en matière de traitement médical |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | été informés du déroulement du traitement prévu pour nous |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | été informés des éventuelles contraintes au niveau physique et psychologique |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | discuté des risques (grossesse multiple, syndrome d'hyperstimulation, torsion des ovaires, lésion des organes voisins, hémorragies secondaires) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | été informés du coût financier d'un traitement médical |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | et confirmons par la présente que nous avons disposé de suffisamment de temps (au moins quatre semaines) après la discussion pour prendre notre décision |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | été informés de la possibilité de bénéficier d'un accompagnement psychologique |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | été informés de la possibilité de bénéficier d'une deuxième consultation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | été informés qu'en cas de défaillance technique des appareils, aucun recours en responsabilité n'est possible. |

Nous consentons par la présente à faire conserver nos ovocytes fécondés ainsi que des embryons surnuméraires par congélation. La congélation d'ovocytes fécondés ou d'embryons permet de transférer ultérieurement les ovocytes fécondés ou embryons décongelés et évite ainsi tout nouveau traitement hormonal. Les ovocytes fécondés et les embryons peuvent être conservés pendant cinq ans. A l'issue de cette période, il est possible sur demande de prolonger le délai de 5 ans.

Lieu / date : _____

Signature :

De la patiente

Signature :

Conjoint/partenaire



INFORMED CONSENT FORM FOR DATA COLLECTION

Informed consent to be given prior to medically assisted reproduction treatment with intrauterine insemination (IUI), in vitro fertilisation (IVF) or intracytoplasmic sperm injection (ICSI)

We have been informed and we agree that our treatment data shall be stored in a central register (FIVNAT) in coded form. The purpose of this data collection, required by law (Reproductive Medicine Act, RMA), is for nationwide quality control and statistical analyses. We agree that our coded treatment data shall be processed, for the purposes stated, by FIVNAT and third parties commissioned by FIVNAT. The coded analyzed results shall be passed on to the Swiss Federal Statistical Office in table form.

We take note that neither FIVNAT nor the Swiss Federal Statistical Office (FSO) have access to our personal data.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENERHEBUNG

Einverständniserklärung vor der Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung (IUI, IVF, ICSI)

„Wir wurden darüber informiert und erklären uns damit einverstanden, dass die Behandlungsdaten zentral und verschlüsselt erfasst werden (FIVNAT). Der Zweck der Datenerhebung, welche von Gesetzes wegen verlangt wird (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) liegt in der bundesweiten Qualitätskontrolle und in statistischen Auswertungen. Wir erklären uns damit einverstanden, dass die verschlüsselten Behandlungsdaten zu den genannten Zwecken durch FIVNAT oder durch von FIVNAT beauftragte Dritte bearbeitet werden. Die verschlüsselten ausgewerteten Resultate werden in Form von Tabellen an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet.“

Wir nehmen zur Kenntnis, dass weder FIVNAT noch das Bundesamt für Statistik (BFS) Zugang zu unseren Personalien haben.

CONSETEMENT ÉCLAIRÉ POUR LA COLLECTE DES DONNÉES

Déclaration de consentement préalable à toute procréation médicalement assistée (IUI, FIV, ICSI)

Nous avons été informés de l'enregistrement codé et centralisé des données relatives au traitement (FIVNAT) et y consentons par la présente. La collecte des données est exigée par la loi (Loi Fédérale sur la Procréation Médicalement Assistée, LPMA) et sert au niveau fédéral au contrôle de la qualité et à une évaluation statistique. Nous donnons ici notre accord pour le traitement des données codées relatives à la procréation médicalement assistée pour les raisons énoncées, par FIVNAT ou par des tiers mandatés par FIVNAT. Les résultats codés et évalués sont envoyés à l'Office Fédéral de la Statistique sous forme de tableaux.

Nous prenons acte du fait que ni FIVNAT ni l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) n'ont accès à nos données personnelles.

CONSENSO INFORMATO PER RACCOLTA DEI DATI

Consenso informato prima dell'esecuzione di trattamenti di fecondazione assistita (IUI, IVF, ICSI)

Siamo stati informati e acconsentiamo che tutti i dati del trattamento, resi in forma anonima tramite codificazione, siano raccolti in modo centralizzato (FIVNAT). La raccolta dei dati è richiesta dalla legge (Legge federale concernente la procreazione con assistenza medica, LPAM) ed è finalizzata al controllo della qualità a livello federale e alla valutazione statistica. Acconsentiamo inoltre che i dati codificati del trattamento, per le ragioni di cui sopra, possano essere elaborati da FIVNAT o da terzi, designati da FIVNAT.

I risultati codificati delle analisi statistiche sono inviati all'Ufficio Federale di Statistica in forma tabellare.

Prendiamo atto del fatto che né FIVNAT né l'Ufficio Federale di Statistica (UST) hanno accesso ai nostri dati personali.

Place/Date - Ort/Datum

Luogo/data - Lieu/date

Signature Patient - Unterschrift Patientin

Firma della paziente - Signature de la patiente

Signature Partner - Unterschrift Partner

Signature partenaire - Firma del partner



STS 292



Konsiliarteam

- Marianne Ackermann, Dipl. Biologin
- Dr. med. Heiner Adams
- Vera Andrist
- Dr. med. Vânia Barbosa Zaugg
- Prof. Dr. phil. II Paul A. Bischof
- Dr. sc. nat. ETH Diana Ciardo
- Véronique Cottin
- Dr. phil. II Maurus Curti
- Dr. med. Pierre de Viragh
- Dr. med. Sophie Diebold Berger
- Dr. med. Olivier Dubuis
- Dr. med. Jean-François Egger
- Sidi el Matribi
- Dr. sc. nat. ETH Daniel Fabian
- Christian Fiechter
- Myriam Flückiger
- Dr. med. Christian Rolf Göpfert
- Sabina Greuter
- Dr. med. Oliver Gugerli
- Dr. med. Tamara Hebert
- Dr. med. Adrian Keller
- Dr. med. Régine Ketterer
- Dr. med. Petra Kohler
- Dominique König
- Dr. med. Herbert Köppl
- Natalie Krebs-Viollier, lic. phil.
- Dr. rer. nat. Kristina Kufner
- Dr. med. Anne-Marie Kurt
- Dr. rer. nat. Henriette Kurth
- Dr. phil. II Claudia Lang
- Dr. med. Robert Lemoine
- Lisa Martin
- Dr. pharm. Saïd Marzouk
- Dr. pharm. Sarah Molteni
- Béatrice Muriset
- Dr. phil. II Christoph Noppen
- Dr. med. Ines Raineri
- Dr. med. Maurice Redondo
- Dr. med. Catherine Ribaux David
- Dr. med. Sonja Roten Vollenweider
- Dr. med. Didier Sarazin
- Dr. med. Dr. phil. II Bernd Sasse
- PD Dr. med. Boris E. Schleiffenbaum
- Marina Simic
- Yves Stehle
- Elsbeth Steiger
- Dr. med. Sophia Taylor
- Dr. phil. II Giovanni Togni
- Dr. phil. II Lila Tomova
- Dr. med. Brigitte Vion-Gauthey
- Dr. med. Ruth von Dahlen
- Susanne von Wyl
- Dr. med. Dominique Weintraub
- Dr. med. Jonathan Weintraub
- PD Dr. med. Andreas Zetzl
- Rosmarie Zipfel, lic. iur.
- Petra Zubler
- Geschäftsleitung**
- Dr. med. Dieter Burki
- Olivier Kobel, Dipl. Ing. HTL
- Fritz Lehmann
- Dr. sc. nat. ETH Stefano Longoni
- Markus Rohrbach
- Dominic Viollier, lic. oec. HSG
- Dr. med. Edouard H. Viollier

Cryoconservation d'ovules imprégnés

A. Mandat

Nous soussignés,

Nom / Prénom	_____	Nom / Prénom	_____
Date de naissance	_____	Date de naissance	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Téléphone	_____	Téléphone	_____

1. Donnons notre consentement à Viollier AG pour la cryoconservation de nos ovules imprégnés en vue de recourir à une méthode de procréation médicalement assistée.
2. Reconnaissons que nos ovules imprégnés seront **cryoconservés au maximum pendant cinq ans** conformément à l'article 16 de la Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) dans sa version actuelle.
3. Avons compris que nos ovules imprégnés sont congelés, conservés et décongelés en recourant aux méthodes scientifiques éprouvées. Cependant, Viollier AG ne garantit pas que les ovules imprégnés, une fois décongelés, seront viables et aptes à aboutir à une grossesse.
4. Comprenons que nous pouvons en tout temps transférer nos ovules imprégnés à un autre établissement chargé de leur conservation ou de leur utilisation ou donner des instructions écrites à Viollier AG pour les détruire.
5. Acceptons que Viollier AG facture un montant unique pour la cryoconservation pendant la première année et perçoive une taxe annuelle (payable d'avance) dès la seconde année. En cas de décongélation, destruction ou transfert de tous nos ovules imprégnés en cours d'année, la taxe de conservation reste due pour l'année courante. Le prix de la taxe est défini par le tarif Viollier en cours.
6. Acceptons, que Viollier AG utilise les ovules immatures ou non fécondés qui ne peuvent pas être utilisés pour un projet parental, à des fins d'assurance qualité ou d'évaluation de méthode. Les cellules seront détruites immédiatement après la procédure.

Oui Non

7. Nous nous engageons à informer Viollier AG de tout changement d'adresse.

Remarque	_____		_____
Lieu, Date	_____	Lieu, Date	_____
Signature	_____	Signature	_____

B. Acceptation par Viollier AG

Remarque	_____
Lieu, Date	_____
Signature	_____