

	Entité d'application : Service BDR et CECOS Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux	PR-LAB 300
	PROCEDURE	Ind : 02 Page : 1/23
MANUEL DE PRELEVEMENTS		

TABLEAU DES EVOLUTIONS		
INDICE	DATE D'APPLICATION	MOTIF
01	AVRIL 2011	Création
02	MARS 2012	Modification : inclusion délai de rendu de résultats

Participants du groupe d'élaboration :

- Mme BERJON Astrid, faisant fonction de cadre de santé infirmier
- Mme MERCIER Monique, correspondant assurance qualité
- Dr PAPAXANTHOS Aline, pilote de processus
- Dr SOULA Volcy, praticien hospitalier

TABLEAU D'APPROBATION					
	POUR LE GROUPE D'ELABORATION	VALIDATION (fonction qualité)	VALIDATION	APPROBATION (responsable d'activité)	
Nom :	Mme MERCIER	Dr SOULA	Mme BERJON	Dr PAPAXANTHOS	
Fonction :	C.A.Q	P.H - CAQ	FF cadre de santé	PH- RAQ	
Date :	Mars 2012	Mars 2012	Mars 2012	Mars 2012	
Signature :					

	Entité d'application : Service BDR et CECOS Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux	PR-LAB 300
	PROCEDURE	Ind : 02 Page : 2/23
MANUEL DE PRELEVEMENTS		

SOMMAIRE

1	Objet.....	3
2	Domaine d'application	3
3	Définition et abréviations	3
4	Documents de référence	3
5	Documents d'application	3
6	Tableau récapitulatif des prélèvements.....	4

 C·H·U Hôpitaux de Bordeaux	Entité d'application : Service BDR et CECOS Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux	PR-LAB 300
	PROCEDURE	Ind : 02 Page : 3/23
MANUEL DE PRELEVEMENTS		

1- Objet

- Cette procédure a pour but de lister les prélèvements biologiques ou échantillons primaires réalisés pour le service Biologie de la Reproduction – CECOS et de décrire les conditions de prélèvements et de transport afin d'être en adéquation avec la norme ISO 15189

- 2 Domaine d'application

- Cette procédure s'applique au service biologie de la reproduction – CECOS de la maternité Pellegrin du CHU de Bordeaux

-3 Définitions abréviations

CECOS : Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains

BDR : Biologie De la Reproduction

EFS : Exploration Fonctionnelle du Sperme

TMS : Test de Migration Survie

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

IU : Insémination Intra Utérine

FIV : Fécondation In Vitro

MESA : Micro chirurgical Epididymal Spermatozoa Aspiration

TESE : Testicular Sperm Extraction

DASHRI : Déchets d'Activités de Soins Hospitaliers à Risques Infectieux

- 4 Documents de référence

- Guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en Assistance Médicale à la procréation : arrêté du 03 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008

- Norme ISO 15189

-5 Documents d'application

- L'ensemble des documents qualité

	Entité d'application : Service BDR et CECOS Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux	PR-LAB 300
	PROCEDURE	Ind : 02 Page : 4/23
MANUEL DE PRELEVEMENTS		

- 6 Généralités et tableau récapitulatif

Prélèvements effectués hors service de la biologie de la reproduction - CECOS

- Recueil chirurgical de spermatozoïdes en vue d'une fécondation in vitro

L'intervention chirurgicale a lieu au bloc opératoire d'urologie de l'hôpital Pellegrin, les prélèvements sont acheminés au service de Biologie De la Reproduction-CECOS secteur AMP biologique selon une procédure et une instruction transversale (PR PCP 005 et In PCP 001)

- Prélèvement chirurgical de l'ovaire

L'intervention a lieu au bloc opératoire de la maternité ou de pédiatrie, les prélèvements sont acheminés au CECOS selon une instruction (IN LAB 025)

- Ponction de liquide folliculaire

L'intervention a lieu au bloc opératoire de la maternité et les tubes de liquide folliculaire sont acheminés au service Biologie De la Reproduction-CECOS secteur AMP biologique selon des instructions et mode opératoire (IN PCP 006 - IN PCP 007 – MO LAB 023)

Prélèvements effectués dans le service

Identification du patient

- Les patients se présentent au secrétariat de la BDR ou du CECOS munis de leur prescription médicale, d'une feuille de soins externes comportant des étiquettes à leur nom (nom de jeune fille), prénom, date de naissance et numéro d'entrée attribué par le service administratif de la maternité.
- Aucun examen n'est réalisé sans cette feuille de soins externes (annexe 1)
- Les examens nécessitent un consentement signé avant le prélèvement (annexes)

Locaux de prélèvements

Des locaux appropriés sont dédiés au recueil de sperme, au prélèvement de glaire et d'urine.

Matériels

Le matériel est à usage unique, stérile et non cytotoxique pour les gamètes

Elimination des déchets

- Les déchets sont éliminés selon les directives de l'instruction IN PHA 007 « élimination des effluents » et l'instruction IN LOG 003 « élimination des DASHRI »



Entité d'application : Service BDR et CECOS
 Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

Ind : 02
 Page : 5/23

PROCEDURE

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Type de prélèvement <i>Réalisé par</i>	Renseignements cliniques <i>Prise en charge du prélèvement</i>	Conditions initiales	Matériels <i>conditions de prélèvements</i>	Document qualité <i>Consentement demandé</i>	Délai de rendu de résultats
<p><u>Recueil de sperme pour EFS :</u> - Spermogramme - Spermocytogramme - Vitalité - Identification des polynucléaires dans le sperme - Sélection, survie des spermatozoïdes (TMS) - Recherche et/ou titrage des anticorps anti spermatozoïdes - Spermoculture et mycoplasmes : <i>Réalisé par le patient</i></p>	<p>- Demander au patient le nombre de jours d'abstinence sexuelle</p> <p><i>L'aide de laboratoire ou l'aide soignant note ses initiales sur le recisperme, le nombre de jours d'abstinence et l'heure de recueil sur la feuille de paillasse</i></p> <p><i>Température ambiante</i></p>	<p>- Consignes données au patient par la secrétaire de la BDR lors de la prise de rendez-vous : *augmentation de la diurèse le jour précédent le prélèvement. *abstinence sexuelle de 2 à 7 jours à respecter (3 à 4 jours idéalement)</p>	<p>- Récisperme - Compresse - Solution désinfectante</p> <p><i>Protocole de recueil affiché en cabine</i></p> <p><i>L'examen n'est réalisé que sur un recueil complet de l'éjaculat</i></p>	<p>MO LAB 042</p> <p><i>Consentement (annexe 2)</i></p>	<p>- Spermogramme, spermocytogramme, vitalité, identification des polynucléaires, TMS, anticorps : <i>envoi des résultats environ 1 semaine</i></p>
<p><u>Recueil de sperme pour une IUI ou une FIV</u> <i>Réalisé par le patient</i></p>	<p>Consultation biologique avant toute AMP</p> <p><i>L'aide de laboratoire ou l'aide soignant note ses initiales, « IUI » ou « FIV » et l'heure de recueil sur le recisperme.</i></p> <p><i>Température ambiante</i></p>	<p>- Sérologies à jour</p>	<p>- Récisperme - compresse - Solution désinfectante</p> <p><i>Protocole de recueil affiché en cabine</i></p>	<p>MO LAB 011</p> <p><i>Consentement (annexe 3 ou annexe 4)</i></p>	<p>- IUI : <i>compte rendu écrit remis au couple et au praticien le jour même après l'insémination</i></p> <p>- FIV : <i>compte rendu oral lors d'une consultation biologique 48 ou 72 heures après la tentative, compte rendu biologique écrit au praticien.</i> <i>- Envoi du compte rendu écrit clinico-biologique de la tentative au couple environ 1 mois après la tentative.</i></p>



Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

Ind : 02
Page : 6/23

PROCEDURE

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Type de prélèvement : <i>Réalisé par :</i>	Renseignements cliniques <i>Prise en charge du prélèvement</i>	Conditions initiales	Matériels <i>conditions de prélèvements</i>	Document qualité <i>Consentement demandé</i>	Délai de rendu de résultats
<u>Recherche d'une éjaculation rétrograde en EFS</u> <i>Réalisé par le patient</i>	- Demander au patient le nombre de jours d'abstinence sexuelle <i>L'aide de laboratoire ou l'aide soignant note ses initiales sur les pots de coproculture, le recisperme s'il y en a un, le nombre de jours d'abstinence et l'heure de recueil sur la feuille de paillasse</i> <i>Température ambiante</i>	- Consignes données au patient par la secrétaire de la BDR lors de la prise de rendez-vous : *les 3 jours précédant l'examen boire 1,5l/j de Vichy Célestins ou prendre 1 cuillère de bicarbonate de sodium dans un peu d'eau *abstinence sexuelle de 2 à 7 jours à respecter (3 à 4 jours idéalement)	- 2 à 3 pots à coproculture de 50 ml - Récisperme - Compresse - Solution désinfectante <i>Conditions de recueil données par l'aide de laboratoire ou l'aide soignant en cabine</i>	IN LAB 020 <i>Consentement (Annexe 2)</i>	- <i>Envoi des résultats environ 1 semaine</i>
<u>Recueil de spermatozoïdes dans les urines pour une IIU ou une FIV</u> <i>Réalisé par le patient</i>	Consultation biologique avant toute AMP <i>L'aide de laboratoire ou l'aide soignant note ses initiales, « IIU » ou « FIV », et l'heure de recueil sur le recisperme s'il y en a un et les pots de coproculture</i>	Sérologies à jour +rappel des consignes par le praticien ou la sage femme d'AMP : *les 3 jours précédant l'examen boire 1,5l/j de Vichy Célestins ou prendre 1 cuillère de bicarbonate de sodium dans un peu d'eau *abstinence sexuelle de 2 à 7 jours à respecter (3 à 4 jours idéalement)	- 2 à 3 pots à coproculture de 50 ml - Récisperme - Compresse - Solution désinfectante <i>Conditions de recueil données par l'aide de laboratoire ou l'aide soignant en cabine</i>	IN LAB 020 <i>Consentement (Annexe 2)</i>	- <i>IIU : compte rendu écrit remis au couple et au praticien le jour même après l'insémination</i> - <i>FIV : compte rendu oral lors d'une consultation biologique 48 ou 72 heures après la tentative, compte rendu biologique écrit au praticien.</i> - <i>Envoi du compte rendu écrit clinico-biologique de la tentative au couple environ 1 mois après la tentative.</i>



Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

Ind : 02
Page : 7/23

PROCEDURE

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Type de prélèvement : <i>Réalisé par :</i>	Renseignements cliniques <i>Prise en charge du prélèvement</i>	Conditions initiales	Matériels <i>conditions de prélèvements</i>	Document qualité <i>Consentement demandé</i>	Délai de rendu de résultats
<u>Recueil de sperme en vue de cryoconservation dans le cadre de la préservation de la fertilité</u> <i>Réalisé par le patient</i>	Consultation préalable <i>Le technicien ou l'aide de laboratoire/soignant note ses initiales sur le recisperme, l'heure de recueil sur la feuille de paillasse</i> <i>Température ambiante</i>		- Récisperme - Compresse - Solution désinfectante <i>Protocole de recueil affiché en cabine</i>	MO LAB 002 (CECOS) <i>Consentement (annexe 7)</i>	3 semaines
<u>Recueil de sperme en vue de cryoconservation dans le cadre de l'AMP</u> <i>Réalisé par le patient</i>	Consultation préalable <i>Le technicien ou l'aide de laboratoire/soignant note ses initiales sur le recisperme, l'heure de recueil sur la feuille de paillasse</i> <i>Température ambiante</i>	Sérologies à jour	- Récisperme - Compresse - Solution désinfectante <i>Protocole de recueil affiché en cabine</i>	MO LAB 002 (CECOS) <i>Consentement (annexe 7)</i>	3 semaines
<u>Recueil de sperme en vue de cryoconservation pour les blessés médullaires</u> <i>Réalisé par un praticien hospitalier (rééducation fonctionnelle)</i>	Consultation préalable <i>Noter l'heure de recueil sur le recisperme</i> <i>Température ambiante</i>		- Récisperme - Compresse - Solution désinfectante	IN LAB 011 (CECOS) <i>Consentement (annexe 7)</i>	3 semaines



Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

Ind : 02
Page : 8/23

PROCEDURE

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Type de prélèvement : <i>Réalisé par :</i>	Renseignements cliniques <i>Prise en charge du prélèvement</i>	Conditions initiales	Matériels <i>conditions de prélèvements</i>	Document qualité <i>Consentement demandé</i>	Délai de rendu de résultats
<u>Prélèvement de glaire cervicale pour un test post coïtal de Huhner (TPC)</u> <i>Réalisé par un interne ou un biologiste</i>	Demander à la patiente le jour du cycle, l'heure du rapport et du prélèvement, traitement ou non. <i>Noter l'aspect du col, l'abondance de la glaire et l'origine du mucus (endocervical, exocervical, cul de sac vaginal) sur la feuille de paillasse.</i>	- Consignes données au patient par la secrétaire de la BDR lors de la prise de rendez-vous : en période pré-ovulatoire pas de rapport sexuel les 3 jours précédant l'examen, l'heure du rapport, pas de toilette intime après le rapport	- Spéculum - Aspiglaire - Gants	MO LAB 032 <i>Consentement (annexe 5)</i>	- <i>Envoi des résultats environ 1 semaine</i>
<u>Prélèvement de glaire cervical pour un test croisé</u> <i>Réalisé par un interne ou un biologiste</i> <u>+sperme conjoint</u> <i>Réalisé par le patient</i>	Demander à la patiente le jour du cycle, l'heure du rapport et du prélèvement, traitement ou non <i>L'aspect du col, l'abondance de la glaire et l'origine du mucus (endocervical, exocervical, cul de sac vaginal)</i> Voir recueil de sperme pour une EFS page 5	- Consignes données au patient par la secrétaire de la BDR lors de la prise de rendez-vous : en période pré-ovulatoire pas de rapport sexuel les 3 jours précédant l'examen. Voir recueil de sperme pour une EFS page 5	- Spéculum - Aspiglaire - Gants Voir recueil de sperme pour EFS page 5	MO LAB 038 <i>Consentement (annexe 5)</i>	- <i>Envoi des résultats environ 1 semaine</i>



Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

Ind : 02
Page : 9/23

PROCEDURE

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Type de prélèvement : <i>Réalisé par :</i>	Renseignements cliniques <i>Prise en charge du prélèvement</i>	Conditions initiales	Matériels <i>conditions de prélèvements</i>	Document qualité <i>Consentement demandé</i>	Délai de rendu de résultats
Prélèvement chirurgicaux de spermatozoïdes en vue d'une AMP (MESA/TESE) <i>Réalisé par un urologue agréé</i>	Renseignements cliniques fournis lors du staff Prélèvements réalisés au bloc d'urologie <i>Les prélèvements doivent être transportés au laboratoire entre 25°C et 35°C par mallette thermostatée selon une instruction définie</i>	Décision du staff multidisciplinaire - Sérologies à jour	Milieu de culture pour recueil de spermatozoïdes et tubes de 12ml fournis par le laboratoire <i>Bloc urologie : feuille de traçabilité du bloc urologie jointe aux prélèvements</i>	PR PCP 005 (transversale urologie-BDR)	- <i>Compte rendu oral au patient en consultation avec un biologiste en fin d'après midi le jour même s'il le désire</i> - <i>Envoi du compte rendu écrit au praticien en fin d'après midi le jour même.</i>
Prélèvement de tissu ovarien <i>Réalisé par un chirurgien, gynécologue ou pédiatre</i>	Renseignements cliniques fournis lors de la commission Prélèvements réalisés au bloc gynécologie ou de pédiatrie <i>Les prélèvements doivent parvenir au laboratoire dans de la glace pillée selon une instruction définie</i>	Décision d'une commission d'experts Sérologies à jour	Milieu de transport pour prélèvement ovarien et 1 pot stérile de 250 ml fournis par le CECOS <i>Bloc gynécologie ou pédiatrie : feuille de traçabilité du bloc jointe aux prélèvements</i>	MO LAB 001 IN LAB 005 IN LAB 025 (CECOS°) <i>Consentement (Annexe 9 ou annexe 10)</i>	2 semaines



Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
10/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Type de prélèvement : <i>Réalisé par :</i>	Renseignements cliniques <i>Prise en charge du prélèvement</i>	Conditions initiales	Matériels <i>conditions de prélèvements</i>	Document qualité <i>Consentement demandé</i>	Délai de rendu de résultats
<u>Ponction de liquide folliculaire</u> <i>Réalisée par un praticien agréé</i>	Renseignements cliniques fournis lors du staff Prélèvements réalisé au bloc de la maternité	Suivi hormonal et échographique Sérologies à jour	Milieu de rinçage des aiguilles de ponction et tubes de 12 ml fournis par le laboratoire	IN PCP 006 IN PCP 007 MO LAB 023 <i>Consentement (Annexe6)</i>	<i>Compte rendu oral lors d'une consultation biologique 48 ou 72 heures après la ponction, compte rendu biologique écrit au praticien.</i> <i>- Envoi du compte rendu écrit <u>clinico-biologique</u> de la tentative au couple environ 1 mois après la tentative.</i>



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
11/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 1

Feuille de soins externes recto



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

C O N S U L T A N T	DISPENSE PAIEMENT RÉGIE oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		EXAMENS EN COURS <input type="checkbox"/>	
	13030749190 0119366372		CHRISTELLE	
	12/02/2013			
	3105 - PELEXT AMP			
	Type accès PS : A B D H M* N O* R S T U		Tél: (
	MT:			
	N°S.S. ASSURÉ		NOM DE L'ASSURÉ	
	DÉBITEURS C.A.M DE LA GIRONDE			
Patient				
COMMENTAIRE SB				

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *13030749190*
 Rq:

F 16/09/1981 Age:31

 E *0119366372*
 Rq:

PAIEMENT A EFFECTUER IMPÉRATIVEMENT A LA CAISSE DE L'HÔPITAL
 EN ESPÈCES, PAR CHÈQUE ÉTABLI A L'ORDRE DU TRÉSOR PUBLIC OU PAR CARTE BANCAIRE



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
13/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 2

Consentement pour un recueil de sperme en vue d'une exploration fonctionnelle du sperme d'une éjaculation rétrograde ou d'un test croisé

Consentement à l'exploration fonctionnelle du sperme



SERVICE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE EXPLORATION FONCTIONNELLE SPERMATIQUE

NOM :

PRÉNOM :

Né le :

donne mon consentement pour l'analyse du recueil que j'ai
effectué ce jour.

Conformément à la législation en cours, les résultats seront
transmis au médecin prescripteur et éventuellement à un
autre médecin :

Docteur

Souhaitez-vous recevoir un double de ce résultat ?

Oui Non

Merci de nous rappeler vos coordonnées :

Adresse :

Fait à : le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

GRUPE HOSPITALIER
PELLEGRIN
Maternité
Place Amélie Raba-Léon
33076 Bordeaux Cédex
Tel. 05 56 79 56 79
www.chu-bordeaux.fr

VERSION 03/04

CECOS Secrétariat : Mme G. RYBACK, Tél. 05.56.79.54.31 - FAX 05.56.79.61.99
AMP : Secrétaire Mme P. MANGEL, Tél. 05.56.79.56.01 - FAX 05.56.79.61.17



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
15/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 4

Consentement pour un recueil de sperme en vue d'une Fécondation In Vitro (FIV)



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

SERVICE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

CONSENTEMENT EN VUE D'UN ACTE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Je soussigné,

NOM :

PRENOM :

Né le :

ADRESSE :

donne mon consentement afin de réaliser avec le recueil de spermatozoïdes que j'ai effectué ce jour, un acte d'assistance médicale à la procréation de type fécondation *in vitro* avec Madame :

NOM :

PRENOM :

Née le :

Fait à : le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

GRUPE HOSPITALIER
PELLEGRIN
Maternité
Place Amélie Raba-Léon
33076 Bordeaux Cédex
Tel. 05 56 79 56 79
www.chu-bordeaux.fr

BDR 02/08

CECOS Secrétaire : Mme G. RYBACK Tél.05.50.73.54.31 - FAX 05.56.79.81.29
AMP : Secrétaire Mme P. MANOEL Tél.05.56.79.56.81 - FAX 05.50.79.81.17



Entité d'application : Service BDR et CECOS
 Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
 Page :
 16/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 5

Consentement pour un prélèvement de glaire en vue d'un test de Huhner ou test croisé



Hôpitaux de Bordeaux

**PÔLE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE ET REPRODUCTION
 SERVICE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION - CECOS**

Dr Athos PAPAXANTHOS
 Praticien hospitalier
 Chef de service

Etiquette du patient

Dr Guy TRAYER
 Professeur des universités
 Praticien hospitalier

Dr Véronique SOULA
 Praticien hospitalier

Bordeaux, le

Dr Virginie SCHABO
 Assistante Hospitalo-Universitaire

Dr Françoise BOUTGAS
 Dr Didier DEMAILLY
 Dr M-Christine DULUCQ
 Dr Jean-Claude EMPERIRE
 Dr David GOOSSENS
dr@cecoc.chu-bordeaux.fr

Madame,

Vous allez réaliser ce jour un examen dans notre laboratoire.

Eve JOJES O
 Psychologue clinicienne

Conformément à la législation en cours, les résultats seront transmis au médecin prescripteur de l'examen :

Ariana HOBIAN
 Cadre de santé infirmier

Docteur

CECOS secrétaire
 Géraldine RWBACK
 Tél. 05 55 79 44 31
 Fax 05 54 79 61 35

Souhaitez-vous en recevoir un double ?

Laboratoire d'analyses
 AMP sa 0945004
 Patrice MARTEL
 Tél. 05 56 79 58 01
 Fax 05 56 79 61 17

Non

personne-impresion@chu-bordeaux.fr

Oui

Merci de nous rappeler vos coordonnées :

Adresse :

Signature



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
17/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 6

Consentement pour une ponction folliculaire en vue d'une FIV conventionnelle ou ICSI

CONSENTEMENT EN VUE D'UN ACTE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Je soussignée,

NOM :

PRENOM :

Née le :

ADRESSE :

.....

donne mon consentement pour qu'une fécondation *in vitro* soit réalisée avec mes ovocytes dans le cadre de mon projet parental avec Monsieur :

NOM :

PRENOM :

Né le :

Fait à :le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
18/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 7

Consentement pour un recueil de sperme en vue de cryoconservation



SERVICE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
CECOS

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE AUTOCONSERVATION DE SPERME

NOM :

PRENOM :

Né le :

donne mon consentement pour la congélation du recueil que
j'ai effectué ce jour.

Conformément à la législation en cours, les résultats seront
transmis au médecin prescripteur Dr
et éventuellement à un autre médecin :

Docteur

Souhaitez-vous recevoir un double de ce résultat ?

Oui Non

Merci de nous rappeler vos coordonnées :

Adresse :

Fait à : le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

VERSION 03/09

GRUPE HOSPITALIER
PELLEGRIN
Maternité
Place Amélie Raba-Léon
33076 Bordeaux Cédex
Tel. 05 56 79 56 79
www.chu-bordeaux.fr

CECOS Secrétariat : Mme G. RYBACK, Tél.05.56.79.61.51 - FAX 05.56.79.61.39
AMP : Secrétaire Mme P. MANGEL, Tél.05.56.79.63.81 - FAX 05.56.79.61.17



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
19/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 8

Consentement pour un prélèvement chirurgical de spermatozoïdes en vue d'une Fécondation In Vitro (MESA ou TESE)



CENTRE D'AMP DU CHU DE BORDEAUX

**CONSENTEMENT EN VUE
D'UN ACTE D'ASSISTANCE MEDICALE
A LA PROCREATION**

Je soussigné,

NOM :

PRENOM :

Né le :

ADRESSE :

.....

donne mon consentement afin que soit réalisé sur ma personne ce jour, une intervention chirurgicale pour un recueil de spermatozoïdes et leur congélation éventuelle, en vue d'une fécondation *in vitro*.

Fait à : le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

GRUPE HOSPITALIER
PELLEGRIN
Maternité
Place Amélie Raba-Léon
33076 Bordeaux Cédex
Tel. 05 56 79 53 79
www.chu-bordeaux.fr

INDR 04/11

CECOS Secrétariat : Mme RYBACK, Tél. 05.56.79.54.31 – FAX 05.56.79.61.39
AMP. Secrétariat: Mme MANGEL, Tél.05.56.79.56.81 - FAX 05.56.79.61.17



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
20/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 9

Consentement pour un prélèvement de tissu ovarien pour une personne mineure en vue de cryoconservation

<p>LABORATOIRE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION</p> <p>Professeur G.MAYER - Docteur A. PAPAXANTROS - Dr V. SOULA</p> <p>CECOS</p> <p>Centre d'Etude et de Conservation des Gamètes et du Spermatozoïde de la région Aquitaine GROUPE PELLEGRIN - Place Amélie RABA-LEON 33076 BORDEAUX CEDEX Secrétariat 05 56 79 54 31</p>
--

CONSENTEMENT EN VUE DE PRELEVEMENT DE TISSU OVARIEN CHEZ DES PATIENTES SOUMISES A UN TRAITEMENT CASTRATEUR ET DE CONSERVATION A USAGE AUTOLOGUE DES TISSUS OVARIENS EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.2141-11 DU CSP

Formulaire de consentement d'une patiente mineure

Suite aux Informations reçues, ce jour de la part du Dr

Nous soussignés Mr

et Madame, Melle (1)

Père, Mère, tuteurs (1) titulaires de l'autorité parentale auprès de :

Melle

Demeurant :

acceptons que le tissu ovarien de notre fille soit prélevé et congelé de manière à être ultérieurement réutilisé quand elle le souhaitera au terme de son traitement susceptible d'altérer sa fertilité. Nous avons bien compris que la réalisation de cette réutilisation ne se fera qu'avec l'accord des médecins spécialistes dans le cadre de son affection, gynécologues et biologistes de la reproduction.

Les prélèvements ovariens seront conservés selon les dispositions réglementaires en vigueur.

D'autre part, le CECOS se conforme aux dispositions réglementaires, suivant l'arrêté du 03/08/2010, pour assurer les modalités de la prolongation de la conservation.

Les prélèvements ovariens conservés ne seront remis qu'à Melle présente et consentante.

Nous et notre enfant sommes libres de demander, à tout moment, la destruction du tissu ovarien cryoconservé.

Nous acceptons que des informations, concernant notre enfant, soient collectées et que ces dernières fassent l'objet d'un traitement informatisé. Ces données demeureront strictement confidentielles et nous n'autorisons leur consultation que par des personnes collaborant à cette activité et, éventuellement, par un représentant des autorités de santé, toutes ces personnes étant astreintes au secret professionnel.

Nous bénéficions, en outre, d'un droit d'accès et de rectification aux informations concernant notre fille (art. 40 la loi « informatique et libertés ») celui-ci s'exerçant à tout moment par l'intermédiaire du médecin de notre choix.



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
21/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Fait à : , le

**Le père de la patiente, le tuteur,
le titulaire de l'autorité parentale**

Père tuteur de l'enfant (1)
Nom :
Prénom :
Signature obligatoire :

La patiente mineure

Matr.
Nom :
Prénom :
Signature obligatoire :

**La mère de la patiente,
le titulaire de l'autorité parentale**

Mme, Matr. (*)
Nom :
Prénom :
Signature obligatoire :

Le Médecin du CECOS

Dr. Pr (1)
Nom :
Prénom :
Signature obligatoire :

(1) : veuillez rayer le mention inutile

(2) : veuillez cocher la case correspondant à votre choix

Tout changement d'adresse doit être signalé au CECOS

Article L2141-11 du CSP :

« En vue de la réalisation ultérieure d'une Assistance Médicale à la Procréation, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinal, avec son consentement, et, le cas échéant, celui de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou du tuteur, lorsque l'intéressé, mineur ou majeur, fait l'objet d'une mesure de tutelle, lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'affecter sa fertilité, ou lorsque sa fertilité risque d'être prématurément altérée »



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
22/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

ANNEXE 10

Consentement pour un prélèvement de tissu ovarien pour une personne majeure en vue de cryoconservation

LABORATOIRE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

Professeur G.MAYER - Docteur A. PAPAXANTHIOS - Dr Y. SOULA

CECOS

Centre d'Etude et de Conservation des Oufs et du Spermé humains de la région Aquitaine
GROUPE PELLEGRIN - Place Amélie RABA-LEON
33076 BORDEAUX CEDEX
Secrétariat 05 56 79 54 31

CONSENTEMENT EN VUE DE PRÉLEVEMENT DE TISSU OVARIEN CHEZ DES PATIENTES SOUMISES A UN TRAITEMENT CASTRATEUR ET DE CONSERVATION A USAGE AUTOLOGUE DES TISSUS OVARIENS EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.2141-11 DU CSP

Formulaire de consentement d'une patiente majeure

Suite aux informations reçues, ce jour, de la part du Dr

Je soussignée Mlle Mme (1).....

Demeurant :

.....

accepte que mon tissu ovarien soit prélevé et congelé de manière à être ultérieurement réutilisé quand je le souhaiterai au terme de mon traitement susceptible d'altérer ma fertilité. J'ai bien compris que la réalisation de cette réutilisation ne se fera qu'avec l'accord des médecins spécialistes dans le cadre de mon affection, gynécologues et biologistes de la reproduction.

Mes prélèvements ovariens seront conservés selon les dispositions réglementaires en vigueur.

D'autre part, le CECOS se conforme aux dispositions réglementaires, suivant l'arrêté du 03/08/2010, pour assurer les modalités de la prolongation de la conservation.

Les prélèvements ovariens conservés ne seront remis qu'à Mlle Mme (1).....
..... présente et consentante.

Je suis libre de demander à tout moment, la destruction du tissu ovarien cryoconservé.

J'accepte que des informations soient collectées et que ces dernières fassent l'objet d'un traitement informatisé. Ces données demeureront strictement confidentielles et je n'autorise leur consultation que par des personnes collaborant à cette activité et, éventuellement, par un représentant des autorités de santé, toutes ces personnes étant astreintes au secret professionnel.

Je bénéficie, en outre, d'un droit d'accès et de rectification aux informations (art 40 la loi n° 78-17 sur l'Informatique et Liberté) et celui-ci s'exerçant à tout moment par l'intermédiaire du médecin de mon choix.



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Entité d'application : Service BDR et CECOS
Emetteur : maternité Pellegrin – CHU de Bordeaux

PR-LAB 300

PROCEDURE

Ind : 02
Page :
23/23

MANUEL DE PRELEVEMENTS

Fait à : le

La patiente

Mine, Mlle (1)
Nom :
Prénom :
Signature obligatoire :

Le Médecin du CECOS

Dr, Pr (1)
Nom :
Prénom :
Signature obligatoire :

(1) : veuillez rayer la mention inutile

(2) : veuillez cocher la case correspondant à votre choix

Tout changement d'adresse doit être signalé au CECOS

Article L2141-11 du CSP :

« En vue de la réalisation ultérieure d'une Assistance Médicale à la Procréation, toute personne peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinal, avec son consentement, et, le cas échéant, celui de l'un des titulaires de l'autorité parentale, ou du tuteur, lorsque l'intéressé, mineur ou majeur, fait l'objet d'une mesure de tutelle, lorsqu'une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité, ou lorsque sa fertilité risque d'être prématurément altérée ».