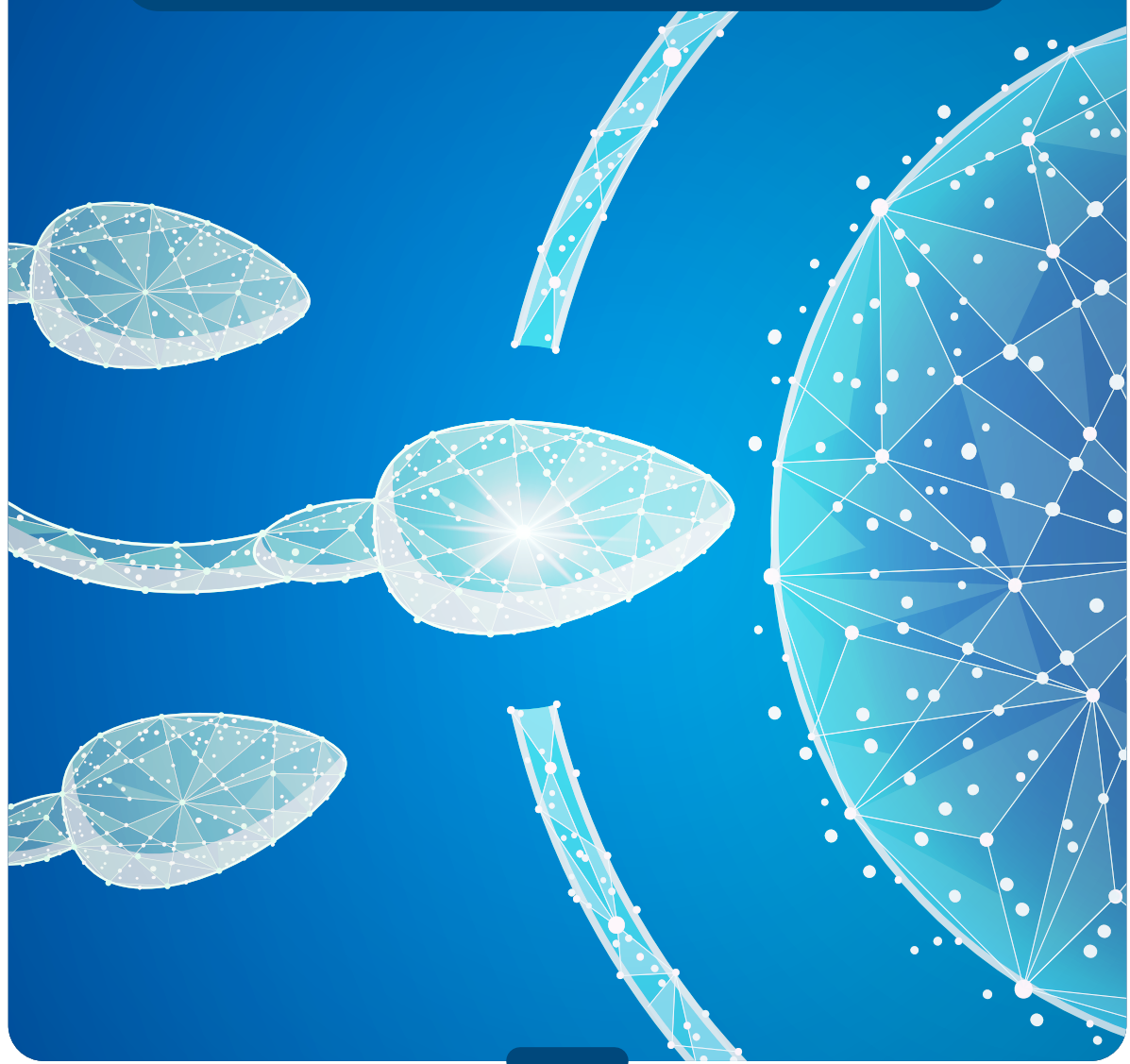


# L'AMP\* AVEC DON DE SPERMATOZOÏDES



\* Assistance Médicale à la Procréation



PÔLE  
FEMME-ENFANT



Unité de médecine et biologie de la reproduction  
Assistance Médicale à la Procréation

**CHU**  
CAEN NORMANDIE



---

## Les indications

Le don de spermatozoïdes est destiné au couple qui souhaite procréer et dont l'homme présente généralement :

- une absence de spermatozoïdes (azoospermie) ou un nombre insuffisant de spermatozoïdes,
- des anomalies spermatiques ne permettant pas l'obtention d'une grossesse,
- ou en cas de risque de transmission d'une maladie génétique grave à l'enfant à naître.

Le don de spermatozoïdes est également effectué dans le cadre d'une demande d'un couple de femmes ou d'une demande d'une femme non mariée.

---

## Qui donne ?

Les donneurs sont des hommes majeurs de moins de 45 ans, en bonne santé.

Leur don est gratuit, libre et volontaire.

Ils ne sauront pas à qui les spermatozoïdes auront été donnés ni si des enfants seront nés à l'issue de leur don. Aucun lien ne pourra être établi entre l'enfant et le donneur.

Ils peuvent être :

- des donneurs spontanés,
- des hommes qui connaissent un couple demandeur d'une AMP avec don (les spermatozoïdes ne pourront pas être donnés au couple qu'ils connaissent),
- des hommes entrant dans un processus de FIV pour infertilité féminine.

---

## Loi de bioéthique (Loi n°2021-1017 du 2 août 2021)

Tout enfant issu d'un don peut, s'il le souhaite, à sa majorité, demander à accéder à des données non identifiantes et/ou identifiantes concernant le donneur.

Pour accompagner et répondre à ces demandes, une commission nationale sera chargée de contacter le donneur et recueillir son accord pour la communication de ces données.

**Votre médecin vous a proposé une prise en charge en Assistance Médicale à la Procréation (AMP) avec don de spermatozoïdes.**

Ce livret est destiné à vous guider pour votre suivi. Les étapes de votre parcours y sont détaillées. L'équipe reste à votre écoute et à votre disposition pour vous accompagner durant toutes vos démarches.

**Merci de lire et de remplir soigneusement les formulaires présents dans ce livret.**

Demande d'Assistance Médicale à la Procréation avec tiers-donneur

A thumbnail of a medical form from a CHU. The title is 'Demande d'Assistance Médicale à la Procréation avec tiers-donneur'. It contains various fields for patient information and medical history.

P9

Consentement d'Assistance Médicale à la Procréation avec tiers-donneur

A thumbnail of a medical form from a CHU. The title is 'Consentement d'Assistance Médicale à la Procréation avec tiers-donneur'. It contains a large block of text for the donor's consent.

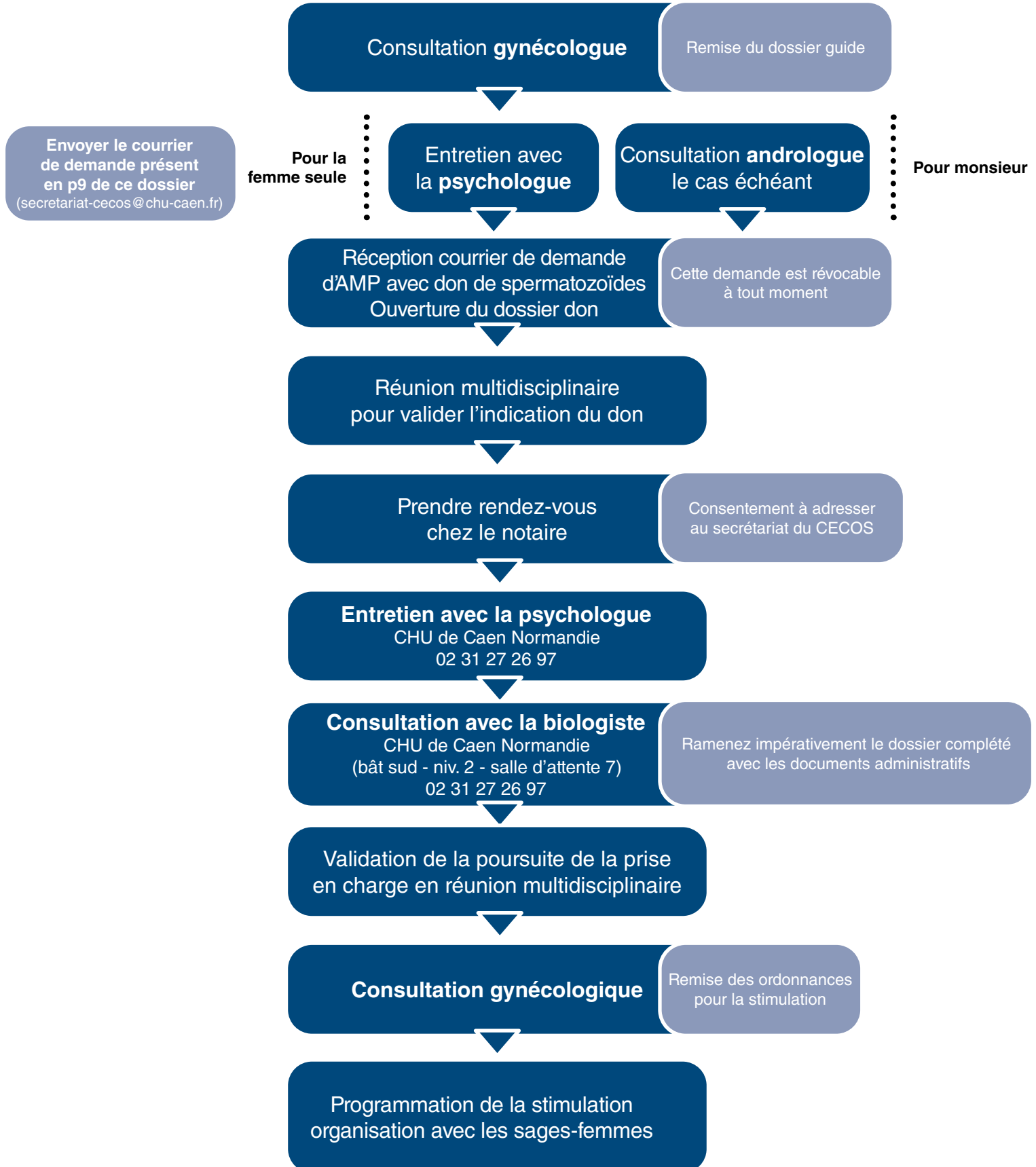
P11

Guide pour l'évaluation des facteurs de risques à éliminer chez le donneur, à remplir par la receveuse

A thumbnail of a medical form from a CHU. The title is 'Guide pour l'évaluation des facteurs de risques à éliminer chez le donneur, à remplir par la receveuse'. It features a table with columns for 'Facteur de risque' and 'Statut'.

P13

## Votre parcours



---

## **Vous avez fait la demande d'un don de spermatozoïdes au CHU de Caen Normandie**

Une réunion pluridisciplinaire a eu lieu et a validé votre demande.

*Voici les prochaines étapes de votre parcours en vue d'un don de spermatozoïdes (cf. logigramme).*

---

### **Complétez tout le dossier administratif**

Il sera à remettre à la consultation avec la biologiste.

---

### **Signature du consentement chez le notaire**

- Munissez-vous :
  - de la demande initiale ;
  - du courrier pour le notaire remis par le service ;
  - d'une photocopie d'une pièce d'identité pour chaque personne,
  - pour les couples, une photocopie du certificat de mariage ou ;
  - d'une photocopie de documents attestant une vie commune (factures diverses : eau, électricité ou acte notarié).

---

### **Pour le couple ou la femme seule**

- > Bilans sanguins (sérologies, groupes sanguins)

Laboratoire de ville  
ou centre de prélèvements CHU de Caen Normandie  
Tour Côte de Nacre  
[Centre de prélèvements](#), plateau de consultations  
**Tél. : 02 31 06 45 69**

- > Imagerie pelvienne **pour madame** (prescrite par le gynécologue en fonction de votre dossier).

- > Entretien avec la psychologue (**Sandrine Hamonou**)

CHU de Caen Normandie  
Bâtiment sud (entrée principale)  
[Service AMP-FIV](#), ascenseur A - niveau 2  
**Tél. : 02 31 27 26 97 ou 02 31 06 45 06**

**ou** CHU de Caen Normandie  
Tour Côte de Nacre  
[Unité de spermiologie CECOS](#)  
niveau 3

- Discussion sur le don de spermatozoïdes et ses implications psychologiques.
- D'autres entretiens peuvent être proposés.

> Consultation avec la biologiste

CHU de Caen Normandie,  
Bâtiment sud (entrée principale)  
Service AMP-FIV, ascenseur A - niveau 2  
Tél. : 02 31 27 26 97

- Informations sur les aspects techniques et biologiques du don de spermatozoïdes et des techniques d'AMP.
- Munissez-vous de votre dossier de liaison complété et ramenez les documents administratifs.

2<sup>ème</sup> réunion pluridisciplinaire pour valider  
la poursuite de la prise en charge.

Le courrier de confirmation qui vous sera envoyé à l'issue de cette réunion vous demandera de revoir votre gynécologue référent (rendez-vous à prendre en amont lors du premier rendez-vous avec le gynécologue).

## 2<sup>ème</sup> consultation avec le médecin gynécologue référent

CHU de Caen Normandie,  
Bâtiment sud (entrée principale)  
Service AMP-FIV, ascenseur A - niveau 2  
Tél. : 02 31 27 20 59

- Munissez-vous :
  - des résultats de vos derniers bilans ;
  - des résultats du dernier frottis du col.
- Explications du traitement de stimulation et remise des ordonnances.



### Il est aussi possible de devenir parents en adoptant un enfant.

Un certain nombre de dispositions législatives et réglementaires organisent l'adoption en France.

Vous pouvez obtenir toute information utile en allant sur le site : [www.adoption.gouv.fr](http://www.adoption.gouv.fr)

#### SI VOUS HABITEZ DANS :

##### Le Calvados :

Service adoption - 02 31 57 16 59

##### L'Orne :

Conseil Départemental de l'Orne - 02 33 81 60 00

##### La Manche :

Conseil départemental de la Manche - 02 33 05 55 50





**X DEMANDE INITIALE DE DON DE SPERMATOZOÏDES**

Je soussigné(e)/nous soussignons

 **Madame**

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance .....

 **Conjoint(e)**

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Demande/demandons, après avoir été informé-e-s des modalités de la loi en vigueur à ce que je/nous puisse/puissions bénéficier d'une AMP avec don de spermatozoïdes.

Fait à ..... le .....

Signature des deux membres du couple ou de la femme non mariée

Sont punies d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations.  
Article L150 du Code Pénal.



## X CONSENTEMENT D'ASSISTANCE A LA PROCREATION AVEC TIERS-DONNEUR

Je soussigné(e)/nous soussignons

**Madame**

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance .....

**Conjoint(e)**

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance .....

- déclare/déclarons avoir spontanément demandé la réalisation d'une tentative d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) avec tiers donneur au service d'AMP du CHU de Caen Normandie ;
- reconnais/reconnaissons avoir pris notre décision après avoir été pleinement informé-e-s et je/nous dégage(ons) le centre d'AMP de toute responsabilité quant aux conséquences possibles de cet acte.
- certifie/certifions avoir reçu le dossier guide et déclare/déclarons avoir été informé-e-s des différents projets parentaux y compris l'adoption ainsi que des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation et de leurs conséquences.
- je m'/nous nous engage(ons) à informer l'équipe pluridisciplinaire, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant ma/notre situation familiale et mon/notre lieu de résidence.
- je suis informée/nous sommes informé-e-s que malgré un bilan complet pratiqué chez le couple donneur, il persiste un risque de transmission d'affection et d'anomalie génétique dans la procréation par don comme dans la procréation naturelle.
- je suis informée/nous sommes informé-e-s de la nécessité de transmettre à l'équipe médicale toute information concernant la santé de l'enfant issu du don ou la survenue d'un effet indésirable chez la receveuse en lien avec l'acte d'AMP.

J'accepte/nous acceptons que le centre nous contacte au cours de la tentative, pendant la grossesse et après l'accouchement.

Fait à Caen, le .....

Nom et signature du médecin

Signature des deux membres du couple ou de la femme non mariée  
*précédée de la mention « lu et approuvé »*



## X GUIDE POUR L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUES À ÉLIMINER CHEZ LE DONNEUR à remplir par la receveuse

### Antécédents personnels du receveur

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ATCD : .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitements médicaux .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Interventions chirurgicales : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Antécédents familiaux (ascendants - collatéraux - descendants)

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Notion d'anomalie chromosomique : .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Appareil cardio-vasculaire                              |                          |                          |
| • Coeur - Adultes : .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Enfants : .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vaisseaux - Pathologie vasculaire : .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - H.T.A. (âge ?) : .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Angiomatose : .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sang  |                          |                          |
| • Maladies hémorragiques : .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hémoglobinopathie : .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergie  |                          |                          |
| • Asthme : .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eczéma : .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Maladies neurologiques                                  |                          |                          |
| • Epilepsie : .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chorée : .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Spina Bifida : .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Anencéphalie : .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Troubles de l'équilibre : .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Troubles psychiques                                     |                          |                          |
| • Retard mental : .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dépressions, tentative de suicide, schizophrénie : ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Si oui, traitement ? : .....                             |                          |                          |
| - Si Lithium - PMD ? : .....                               |                          |                          |



	OUI	NON
<b>7. Maladies musculaires</b>		
• Myotonie : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Myasthénie : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Myopathie : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Appareil locomoteur - Autres :</b>		
• Malformation mains-pieds : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Syndactylie : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Luxation congénitale de la hanche : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Petites tailles : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spondylarthrite ankylosante : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fragilité osseuse : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Peau</b>		
• Connectivites : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Taches cutanées : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Neurofibromatose : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Maladies d'organes :</b>		
• Tube digestif (polypose...) : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rein - Polykystique, en fer à cheval : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dialyse : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Endocrinologie - Métabolisme :</b>		
• Diabète : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mucoviscidose : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lipides - Cholestérol : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. O.R.L. - Ophtalmologie</b>		
• Cécité : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Myopie importante et familiale : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cataracte congénitale : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Glaucome congénital : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Surdi-mutité : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Daltonisme : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fentes faciales : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Autres</b>		
• Cancer « familial » : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Assistance Médicale à la Procréation

CHU de Caen Normandie  
Bâtiment sud (entrée principale)  
Ascenseur A - niveau 2  
Avenue de la Côte de Nacre  
14 033 CAEN Cedex 9  
Tél. : 02 31 27 20 59



### Plan du site Côte de Nacre

Avenue de la Côte de Nacre - CS 30001 - 14 033 Caen cedex 9



Entrée principale      Entrée Côte de Nacre

Urgences adultes      Urgences pédiatrie médico-chirurgicale gynécologie maternité

Parkings patients/visiteurs      Parkings Personnes à Mobilité Réduite      Parkings dépose-minute

Parkings personnels\*      Parkings Personnes à Mobilité Réduite personnels\*      \*sur présentation du badge

Arrêt de bus

Taxis

Parkings vélos

Parkings vélos/motos