

Informations sur la fécondation in vitro (FIV)

Informations destinées à la clientèle



Cette brochure vous permettra de mieux comprendre les enjeux liés aux traitements en procréation assistée dans le but d'obtenir un consentement éclairé de votre part. Il est très important de bien comprendre votre traitement, vos chances de réussite et les risques qui y sont associés.

Vous devez lire son contenu en entier avant de signer le consentement lié à votre traitement.

Si vous avez des questions concernant les traitements et les médicaments, n'hésitez pas à nous en faire part, il nous fera plaisir de bien vous informer.

Pour toute question, contactez l'accueil du CPA au 514 345-4883.

Nous vous recommandons de relire cette brochure avant chaque cycle de FIV.

Lexique	4
----------------------	---

Section 1 :

Un consentement éclairé

Renseignements concernant le consentement à l'utilisation du matériel reproductif dans le but de créer un embryon

A) Matériel reproductif	5
B) Embryons in vitro.....	6
C) Retrait du consentement à l'utilisation.....	7
D) Utilisation des gamètes et des embryons à des fins d'apprentissage et d'amélioration des techniques de procréation assistée.....	8

Section 2 :

Les procédures de procréation assistée :

Renseignements, risques et effets indésirables possibles

Fécondation in vitro

A) Stimulation ovarienne.....	10
B) Prélèvement d'ovules.....	12
C) Fécondation des ovules	12
D) Culture embryonnaire.....	13
E) Transfert embryonnaire.....	14
F) Cryopréservation des embryons.....	15

Section 3 :

La grossesse suite aux techniques de procréation assistée : risques et effets indésirables potentiels

Fausse couche.....	17
Grossesse ectopique.....	17
Torsion de l'ovaire.....	17
Considérations génétiques.....	17
Grossesses multiples.....	18

LEXIQUE

Donneur

- S'agissant de matériel reproductif, le terme « donneur » fait référence à la personne de qui proviennent les ovules/spermatozoïdes.
- S'agissant d'embryons in vitro, le terme « donneur » fait référence à la personne ou couple pour qui l'embryon in vitro a été créé quelle que soit la source du matériel reproductif utilisé pour ce faire. Cependant, dans les cas d'amélioration et d'apprentissage des techniques de reproduction assistée et d'autres recherches, le terme « donneur » fait référence à la personne de qui proviennent les ovules/spermatozoïdes.

Conjoint de fait

- La personne qui, au moment considéré, vit avec le donneur ou le tiers dans une relation conjugale depuis au moins un an.

Tiers

- S'agissant de matériel reproductif humain, le terme « tiers » fait référence à une personne ou un couple autre que le donneur ou l'époux ou le conjoint de fait du donneur.
- S'agissant d'un embryon in vitro, le terme « tiers » fait référence à une personne ou un couple autre que la personne ou couple pour qui l'embryon a été créé.

UN CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Renseignements sur le consentement à l'utilisation du matériel reproductif (ovules/spermatozoïdes) dans le but de créer des embryons *in vitro*

La loi sur la procréation assistée (LC 2004, ch.2) a été mise en place pour surveiller les activités de procréation assistée et de recherche affiliée. L'article 8 de cette loi a pour but d'assurer que le matériel reproductif et les embryons *in vitro* soient utilisés avec le consentement éclairé de la personne à qui ils appartiennent. Le règlement d'application de l'article 8 exige notamment que toute personne doit obtenir un document signé par le donneur attestant que celui-ci a été informé par écrit des faits mentionnés dans les sections ci-après avant de consentir et obtenir un consentement éclairé de cette personne, avant d'utiliser du matériel reproductif humain dans le but de créer un embryon ou pour utiliser un embryon *in vitro* à toute fin.

A) Matériel reproductif

- Le matériel reproductif humain sera utilisé, seulement avec le consentement écrit du donneur, à l'une ou plusieurs des fins ci-après :
 - Pour les besoins reproductifs du donneur.
 - Après la mort du donneur, pour les besoins reproductifs de la personne qui est, au moment du décès du donneur, l'époux ou le conjoint de fait de celui-ci.
 - Pour les besoins reproductifs d'un tiers.
 - Pour l'amélioration des techniques de procréation assistée.
 - Pour l'apprentissage des techniques de procréation assistée.
- Il se peut que le nombre d'embryons *in vitro* créés à l'aide du matériel reproductif du donneur excède les besoins immédiats de la personne ou du couple pour qui ils ont été créés.
- Si des embryons *in vitro* sont créés pour les besoins reproductifs d'un tiers et qu'ils excèdent les besoins de celui-ci, l'utilisation de ces embryons excédentaires sera faite selon le consentement du tiers. Cependant, si le tiers veut utiliser les embryons pour l'amélioration ou l'apprentissage des techniques de procréation assistée ou pour d'autres recherches, cette utilisation sera faite selon le consentement du donneur.

- En cas de décès du donneur, si des embryons *in vitro* sont créés pour les besoins reproductifs de l'époux/conjoint de fait du donneur et qu'ils excèdent ses besoins, les embryons excédentaires seront utilisés avec le consentement de l'époux/conjoint de fait. Cependant, si l'époux/conjoint de fait veut utiliser les embryons pour l'amélioration et l'apprentissage des techniques de procréation assistée ou pour d'autres recherches, cette utilisation sera faite selon les consentements du donneur et de l'époux/conjoint de fait.
- Dans le cas où des embryons *in vitro* sont créés pour les besoins reproductifs d'un tiers qui est un couple et avec le matériel reproductif d'un des membres du couple, ces embryons seront utilisés seulement avec le consentement de l'époux/conjoint de fait qui a fourni le matériel reproductif si, avant l'utilisation, le couple se sépare ou se divorce.
- Lorsque le donneur consent à l'utilisation de son matériel reproductif dans le but de créer un embryon *in vitro* pour l'amélioration ou l'apprentissage des techniques de procréation assistée, aucun consentement additionnel n'est requis de celui-ci quant à l'utilisation de l'embryon à ces fins.

B) Embryons *in vitro*

- Les embryons *in vitro* seront utilisés, seulement avec le consentement écrit du donneur, à l'une ou plusieurs des fins ci-après :
 - Les besoins reproductifs du donneur.
 - Les besoins reproductifs d'un tiers.
 - L'amélioration des techniques de procréation assistée.
 - L'apprentissage des techniques de procréation assistée.
 - Un projet de recherche.

C) Retrait du consentement à l'utilisation

- Le retrait du consentement à l'utilisation du matériel reproductif et des embryons in vitro doit être signifié par une demande écrite adressée au Centre de Procréation Assistée du CHU Sainte-Justine.
- Pour le matériel reproductif, la notification de ce retrait doit être reçue avant :
 - L'utilisation pour les besoins reproductifs du donneur ou ceux de son époux/conjoint de fait.
 - L'utilisation pour l'amélioration ou pour l'apprentissage des techniques de reproduction assistée.
 - Que le tiers ait reconnu par écrit que le matériel reproductif lui a été attribué pour ses besoins reproductifs.
- Pour les embryons in vitro, la notification de ce retrait doit être reçue avant :
 - L'utilisation pour les besoins reproductifs du donneur, ou ceux de son époux/conjoint de fait.
 - Que le tiers ait reconnu par écrit que les embryons lui ont été attribués pour ses besoins reproductifs.
 - Que la personne qui entend utiliser les embryons reconnaisse par écrit que les embryons sont destinés à l'amélioration ou l'apprentissage des techniques de procréation assistée ou que le processus de décongélation des embryons en vue de l'amélioration ou l'apprentissage des techniques de procréation assistée soit amorcé.

Que la personne qui entend utiliser les embryons reconnaisse par écrit que les embryons sont destinés à la recherche ou que le processus de décongélation de l'embryon en vue de la recherche soit amorcé ou qu'une lignée de cellules souches provenant des embryons soit créée.

- Dans le cas où le donneur est un couple, le retrait du consentement peut être fait par l'un ou l'autre des époux ou conjoints de fait.

D) Utilisation des gamètes et des embryons à des fins d'apprentissage et d'amélioration des techniques de procréation assistée

Vous verrez qu'à différents endroits dans les consentements pour la procréation assistée, vous avez la possibilité de consentir à l'utilisation de vos gamètes ou embryons surnuméraires (extra) ou inadéquats (c'est-à-dire inutilisables pour la congélation ou le transfert) à des fins d'**apprentissage** et d'**amélioration** des techniques de procréation assistée.

Ces termes peuvent soulever d'importantes questions, c'est pourquoi il nous semble primordial de vous donner plus de précisions.

Comme dans tout autre domaine de la médecine, la formation, l'enseignement et l'amélioration des techniques sont d'une importance capitale dans l'atteinte de l'excellence des soins. Le fait que le CHU Sainte-Justine soit un centre hospitalier universitaire doté d'une mission d'enseignement ne fait que renforcer cette réalité. Cette mission d'enseignement ne saurait être réalisée sans votre aide.

L'enseignement de la micromanipulation des gamètes et embryons, de la cryopréservation, ou toute autre technique utilisée au laboratoire d'embryologie nécessite que la personne en formation puisse avoir accès à du matériel non-viable pour parfaire ses habiletés techniques avant de manipuler du sperme, des ovules ou des embryons viables. L'embryologiste qui est présentement responsable de la manipulation de vos gamètes et embryons a obtenu ses compétences de cette façon.

Il est important de bien comprendre que le matériel utilisé à des fins d'apprentissage et d'amélioration des techniques est toujours celui qui est surnuméraire ou inadéquat et que suite à son utilisation, il est détruit. Il est à noter qu'on ne parle pas ici de projet de recherche, pour lequel un consentement distinct serait nécessaire.

Voici des exemples d'utilisation possibles :

Apprentissage des techniques de procréation assistée :

Micromanipulation, cryopréservation, technique de préparation des embryons en vue du transfert, etc.

Amélioration des techniques de procréation assistée : Essai d'un nouveau système de culture des embryons, nouvelle méthode de culture ou de préparation du sperme, modifications aux protocoles de culture, de cryopréservation, etc.

Veillez noter que peu importent vos choix, le laboratoire les respectera à la lettre. Les embryologistes suivent un code de conduite sur lequel figure éthique et intégrité. Vous n'avez donc pas à vous inquiéter de la manipulation de vos gamètes et embryons; ils ne seront utilisés qu'aux fins pour lesquelles vous avez consenti.

LES PROCÉDURES DE PROCRÉATION ASSISTÉE : RENSEIGNEMENTS, RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES

Fécondation in vitro (FIV)

Lors du cycle menstruel spontané de la femme, un seul ovule est généralement porté à maturité. Au moment de l'ovulation, l'ovaire libère l'ovule, lequel est transporté dans les trompes où il rencontrera les spermatozoïdes pour être fécondé. L'ovule fécondé se développera ensuite en embryon et migrera vers l'utérus pour s'y implanter.

Lors d'un cycle de FIV, l'ovule est recueilli directement de l'ovaire avant l'ovulation. Il est ensuite mis en contact avec des spermatozoïdes dans un contenant pour la culture dans le but de le féconder et ainsi, créer un embryon. L'embryon est gardé en incubateur pour une période de 3 à 6 jours après laquelle il sera transféré dans l'utérus.

La FIV est un processus constitué de plusieurs étapes.

A) Stimulation ovarienne

La stimulation de vos ovaires permettra le développement de plusieurs follicules contenant des ovules, ce qui augmentera vos chances de succès. Différents protocoles et médicaments peuvent être utilisés. Des prélèvements sanguins pour doser votre réponse hormonale ainsi que des échographies seront effectuées pour mesurer votre réponse au traitement.

Il est impossible de garantir que des follicules se développeront durant le cycle. Il est donc parfois nécessaire de devoir abandonner un cycle de traitement.

Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO)

Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne est une complication de la stimulation ovarienne. Il est généralement léger ou modéré et se résorbe de lui-même au bout de quelques semaines. Il peut toutefois être très grave et nécessiter une prise en charge hospitalière.

Les doses usuelles de médicaments stimulant le développement des follicules seront soigneusement ajustées à votre réponse hormonale et selon le résultat des échographies. Un suivi étroit de votre réponse au traitement sera effectué et le médecin évaluera la dose à prescrire de même que la conduite à tenir.

Certains facteurs accroissent le risque de développer le SHO :

- Jeune âge
- Faible poids
- Ovaires polykystiques
- Doses élevées de gonadotrophines
- Antécédent de SHO

Symptômes légers :

- Douleurs abdominales légères, sensation de ballonnement,
- Nausées et vomissements, diarrhées.

Symptômes modérés :

- Douleurs abdominales modérées
- Nausées, vomissements, diarrhées
- Mains et pieds enflés
- Essoufflement même au repos
- Augmentation de la taille de l'abdomen.

Symptômes sévères :

- Gain de poids rapide et augmentation de la taille de l'abdomen
- Nausées et difficultés à boire, vomissements et diarrhée importants
- Diminution du volume des urines ou urines plus foncées
- Difficultés à respirer.

L'hospitalisation est relativement peu courante, mais peut être requise selon la gravité des symptômes. Certains cas de SHO graves ont déjà entraîné des caillots sanguins dans les veines pulmonaires, des accidents vasculaires cérébraux et dans de rares cas, des décès.

Les patientes enceintes courent un risque accru de développer le SHO. De ce fait, il est parfois nécessaire de considérer la congélation des embryons et d'effectuer le transfert dans un cycle ultérieur lorsque les symptômes auront disparu. Bien que le taux de grossesse soit généralement légèrement inférieur avec un transfert d'embryons congelés, cette alternative permet de réduire le risque de développer un SHO grave.

B) Prélèvement d'ovules

Le matin du prélèvement, un cathéter intraveineux sera mis en place par l'infirmière afin de vous administrer un relaxant et un médicament analgésique.

Après avoir effectué une anesthésie locale de la paroi vaginale, le médecin introduira dans le vagin une sonde endovaginale munie d'un guide afin de pouvoir visualiser les follicules. Une aiguille fine sera introduite dans le guide et passera à travers la paroi vaginale vers l'ovaire.

Les risques associés au prélèvement d'ovules sont les suivants :

- Complications reliées à l'insertion de l'aiguille:
 - Une lésion aux vaisseaux sanguins, à la vessie ou aux intestins causée directement par l'aiguille.
 - Une infection pelvienne, y compris les trompes de Fallope ou l'un des ovaires.
- Saignements intra-abdominaux

Il est possible qu'il n'y ait pas d'ovules récupérés lors du prélèvement d'ovules.

De plus, il n'y a aucune garantie que les ovules récupérés soient tous matures.

C) Fécondation des ovules

FIV conventionnelle :

- La FIV conventionnelle est le processus par lequel un ovule est mis en contact avec des spermatozoïdes préalablement lavés dans le but de le féconder naturellement.
- Elle est offerte aux patientes qui peuvent produire un/des follicules dominants par stimulation ovarienne et dont le spermogramme du conjoint rencontre ou est juste en dessous des valeurs de référence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- Le taux de fécondation des ovules matures de bonne qualité est d'environ 70%. Cependant, il existe un faible risque qu'aucun ovule ne soit fécondé.

L'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) :

- L'ICSI est le processus par lequel un spermatozoïde préalablement lavé est injecté, au moyen d'une micro aiguille, directement à l'intérieur d'un ovule mature.
- Elle est principalement offerte aux patientes qui peuvent produire un ou des follicules dominants par stimulation ovarienne et dont le spermo-gramme du conjoint est en dessous des valeurs de référence de l'OMS.
- L'ICSI ne garantit pas la fécondation des ovules; le taux de fécondation des ovules matures de bonne qualité est d'environ 75%.

Les inconvénients de cette intervention incluent un risque légèrement accru d'anomalies génétiques (voir « considérations génétiques ») et de dommages à l'ovule lors de l'injection.

Dans les cas de FIV conventionnelle tout comme pour ceux d'ICSI il existe un risque :

- D'échec de fécondation ou d'une fécondation très basse causé par une mauvaise qualité des ovules ou des spermatozoïdes.
- De fécondation anormale de certains ovules.
- De contamination bactérienne des ovules. Cette contamination peut être causée par une bactérie provenant du sperme, de sécrétions vaginales pouvant être prélevées avec les ovules ou, dans de rares cas, des milieux de culture utilisés pour maintenir le développement des embryons.

D) Culture embryonnaire

Après la fécondation, les embryons seront mis en culture dans un incubateur reproduisant les conditions retrouvées dans les trompes et dans l'utérus, et ce, pour une période de 3 à 6 jours. Pendant cette période, les embryons seront gardés dans un milieu spécialement conçu pour assurer leur croissance et leur développement.

Cependant, il existe un faible risque :

- Que tous les embryons se développent anormalement ou arrêtent leur développement.
- De contamination bactérienne causée par les raisons mentionnées ci-haut.
- De perte de l'ovule ou de l'embryon pour une raison imprévisible telle qu'une défaillance du matériel technique ou de la perte lors de la manipulation.

Utilisation de l'albumine humaine :

Certains milieux de culture contiennent une petite quantité d'albumine humaine provenant de sérum de donneurs sains. Cette albumine est nécessaire à la complétion de certaines étapes de la procréation assistée. L'albumine humaine est un produit dérivé sanguin, testé pour le VIH et les hépatites B et C, dont la production est soumise à des normes de contrôle strictes de Santé Canada (ou FDA). Néanmoins, comme tout dérivé sanguin, il subsiste un risque minime d'infection et de réaction allergique avec l'utilisation de ce produit.

E) Transfert embryonnaire

Trois à six jours après le recueil des ovules, les embryons seront transférés dans l'utérus. Le transfert embryonnaire est un procédé indolore, mais qui peut être inconfortable, car il requiert une vessie pleine. Cette intervention est effectuée sous échographie abdominale afin de bien visualiser l'endroit où sera déposé votre embryon. Les risques sont minimes, mais incluent :

- Une infection pelvienne
- Une grossesse multiple
- Une grossesse ectopique (hors de l'utérus)
- L'échec de la mise en place du cathéter et de l'embryon.

Transfert de blastocyste (embryon de stade avancé) :

Le transfert de blastocyste permet de cibler, par sélection naturelle, les embryons ayant le meilleur potentiel d'implantation. Par exemple, ce ne sont pas tous les embryons de bonne qualité au jour 3 qui se rendront au stade de blastocyste au jour 5 ou 6. Le transfert de blastocyste permet également de

réduire le nombre d'embryons à transférer et de ce fait, réduire le risque de grossesses multiples.

Cependant, il existe des risques associés au transfert de blastocyste tels que :

- La possibilité qu'aucun embryon ne se rende au stade de blastocyste, donc annulation du transfert
- Un risque potentiel de jumeaux monozygotes

Il n'y a aucune garantie de grossesse même lors de transfert d'un embryon/blastocyste de bonne qualité.

L'éclosion assistée par laser :

Vers la fin du cinquième jour de développement, le blastocyste se libère de l'enveloppe (zone pellucide) qui l'entoure pour ensuite aller s'implanter dans l'utérus. Dans certains cas particuliers, il pourrait être indiqué de percer, au moyen d'un laser, un petit trou dans l'enveloppe de l'embryon au troisième jour de son développement pour faciliter son éclosion une fois rendu au stade de blastocyste. Cette procédure est appelée l'éclosion assistée par laser et peut entraîner un risque potentiel de jumeaux monozygotes.

F) Cryopréservation des embryons

La cryopréservation des embryons en surplus permet aux patientes d'avoir un autre transfert embryonnaire sans toutefois avoir à traverser les étapes de la stimulation ovarienne et de la ponction des ovules. Elle permet également de reporter le transfert embryonnaire lorsque les conditions sont sous-optimales (comme dans le cas du SHO). Seuls les embryons de bonne qualité (selon des critères morphologiques) sont cryopréservés.

Il existe toutefois des risques associés à la cryopréservation, tels que :

- La possibilité que les embryons ne survivent pas à la congélation et à la décongélation.
- La perte de l'embryon pour une raison imprévisible telle qu'une défaillance du matériel technique ou de la perte lors de la manipulation.
- Le risque théorique de malformations congénitales similaire à celui des embryons frais.

Tout comme pour un cycle frais, il n'y a aucune garantie d'obtenir une grossesse lors d'un transfert avec embryon congelé et les chances de grossesse peuvent être moindres que lors d'un transfert d'embryon frais.

En ce qui concerne l'entreposage de vos embryons congelés :

- Chaque année, une lettre vous sera envoyée afin que vous puissiez manifester votre volonté de garder ou non vos embryons congelés pour l'année suivante.
- Si vous ne répondez pas à cette lettre, une deuxième lettre vous sera envoyée.
- Si vous omettez de répondre, une troisième lettre vous sera envoyée par courrier recommandé.

Selon la loi en vigueur au Québec, en l'absence de contact de votre part pendant plus de 5 ans, le CPA du CHU Sainte-Justine pourra conserver, donner, céder ou éliminer les gamètes ou les embryons. Il est de votre responsabilité de tenir informé le CPA du CHU Sainte-Justine de tout changement d'adresse.

Selon la loi en vigueur au Québec, en l'absence de contact de votre part pendant plus de 5 ans, le CPA du CHU Sainte-Justine pourra conserver, donner, céder ou éliminer les gamètes ou les embryons. **Il est de votre responsabilité de tenir informé le CPA du CHU Sainte-Justine de tout changement d'adresse.**

LA GROSSESSE SUITE AUX TECHNIQUES DE PROCRÉATION ASSISTÉE : RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES POTENTIELS

Il existe un risque accru de complications pendant la grossesse et l'accouchement (haute pression, naissance prématurée, faible poids à la naissance et mortalité périnatale*) chez les femmes ayant des antécédents d'infertilité, qu'elles aient été traitées ou non.

Fausse couche

Un avortement spontané communément appelé fausse-couche peut se produire suite à un traitement de fertilité et ce risque augmente avec l'âge maternel. Les fausses couches peuvent ne nécessiter aucun traitement ou exiger une médication et possiblement une intervention appelée dilatation et curetage.

Grossesse ectopique

Une grossesse ectopique peut se développer suite à un traitement d'infertilité. Elle se produira le plus souvent dans une trompe de Fallope. Le traitement pourra n'être que médicamenteux ou nécessiter une intervention chirurgicale afin d'enlever la trompe.

Torsion de l'ovaire

Dans de rares cas, suite au prélèvement des ovules, les follicules se remplissent de liquide et l'ovaire peut se retourner sur lui-même. La circulation sanguine vers l'ovaire est alors diminuée et ceci cause une douleur importante au niveau de l'abdomen. La chirurgie peut être nécessaire pour dérouler ou enlever l'ovaire.

Considérations génétiques

Les enfants issus de la procréation assistée peuvent courir un risque accru de malformations congénitales ou génétiques comparativement aux enfants issus de conception naturelle.

Certaines anomalies chromosomiques présentes chez les parents peuvent être transmises aux enfants lors des techniques de procréation assistée.

Certaines autres anomalies sont aussi plus fréquentes chez les enfants issus de la procréation assistée. Mentionnons certaines maladies rares comme : le syn-

**Mortalité périnatale : décès du bébé de la conception à 1 mois de vie*

drome de Beckwith-Wiedemann, le syndrome d'Angelman, le rétinoblastome et d'autres cancers infantiles. Ces anomalies sont très rares dans la population générale et surviennent dans moins de 1/1000 grossesses issues de la procréation médicalement assistée. Plusieurs études sont cependant nécessaires pour déterminer si ces anomalies en procréation assistée sont liées aux techniques utilisées ou à l'infertilité du couple.

Bien que tout soit mis en œuvre pour que les couples ayant recours à la procréation assistée obtiennent une grossesse sans complication, le CPA du CHU Sainte-Justine ne garantit pas qu'un bébé naisse sans anomalie. Comme pour les grossesses naturelles, il existe un risque de malformation congénitale ou génétique, mais ce risque est plus élevé chez les personnes infertiles et chez les personnes ayant recours à la procréation assistée.

Grossesses multiples

Les risques de grossesse multiple sont accrus avec l'utilisation des médicaments de fertilité et les techniques de procréation assistée. Toutefois les normes gouvernementales du Québec régissent le nombre d'embryons à transférer lors de la FIV, réduisant ainsi ce risque.

Les complications des grossesses multiples se répercutent autant chez la mère que chez le nouveau-né. Chez la mère, il peut notamment y avoir des problèmes d'ordre placentaire, de la haute tension artérielle et/ou du diabète. Chez le nouveau-né, le risque de prématurité, de petit poids à la naissance, de paralysie cérébrale ainsi que de décès est accru. Les problèmes peuvent être de nature diverses suite à un accouchement prématuré et se prolonger par une croissance plus lente dans l'enfance et des difficultés d'apprentissage.

Plusieurs médicaments sont utilisés lors des traitements en procréation assistée. Afin de bien connaître l'indication et les effets secondaires possibles, nous vous demandons de vous référer à la rubrique médicament du site web du CPA: www.chu-sainte-justine.org/cpa

Si vous n'avez pas accès à internet et désirez avoir l'information, demandez à l'infirmière de vous remettre la fiche d'information « médicaments ».

