

## CONSENTEMENT EN VUE DE LA DECONGELATION ET DU TRANSFERT D'EMBRYON(S) CONGELE(S)

Nous soussignés,

**Madame :** \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Née le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de portable Mme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Mail Mme : \_\_\_\_\_

**Monsieur :** \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de portable M. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Mail Mr : \_\_\_\_\_

**Certifions :** Que les conditions de couple requises, définies dans la demande initiale, pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.

**Confirmons :** Avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

**Consentons :** A la décongélation du nombre d'embryon(s) nécessaire au transfert de  embryon(s).<sup>(1)</sup>

**Nous engageons :** à être présents **tous les deux** le jour du transfert.

**Nous engageons :** à informer l'équipe du centre d'AMP, à chacune des étapes de notre prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale ou notre lieu de résidence.

*Ce consentement implique la stimulation ovarienne, l'ensemble des actes biologiques pour la technique d'AMP envisagée et l'acte de transfert d'embryon(s).*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Madame**

**Monsieur**

**IMPORTANT**

<sup>(1)</sup> Préciser le nombre d'embryon(s) à transférer après concertation avec votre gynécologue.

Document signé à retourner impérativement au centre AMP avant tout début de traitement