

## CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

21 RUE MOXOURIS 78150 LE CHESNAY 01.39.54.44.51

### DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous soussignés,

**Madame :**

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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Née le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de portable Mme : \_\_\_\_\_

Email Mme : \_\_\_\_\_

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

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

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

**Monsieur :**

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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de portable Mr : \_\_\_\_\_

Email Mr : \_\_\_\_\_

**Demandons spontanément et d'un commun accord une ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION pour notre couple :**

**Date de demande :** le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Après avoir exposé notre projet parental et notre difficulté à concevoir, demandons à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) nécessaire à la réalisation de notre projet parental soit réalisé dans le cadre de notre couple, et sommes informés qu'un consentement devra être signé avant chaque début de tentative.

Certifions sur l'honneur que les conditions de couple requises sur le plan légal pour bénéficier d'une AMP sont remplies et que nous ne sommes pas engagés matrimonialement avec une tierce personne.

Reconnaissons avoir reçu de la part du Médecin et de l'équipe biologique une information claire, précise et adaptée sur la cause de notre infertilité ainsi que sur le choix des techniques envisagées.

Reconnaissons avoir été informés des taux de réussite des techniques en termes de taux de naissance en fonction de l'âge, de leur pénibilité, ainsi que des contraintes notamment d'ordre organisationnel, financier, physique et/ou psychologique qu'elles peuvent entraîner.

Reconnaissons avoir été informés des risques potentiels à court, moyen et long terme liés à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées ainsi que des risques de grossesses multiples et de complications obstétricales.

Reconnaissons avoir été informés de l'état actuel des connaissances concernant l'état de santé des enfants nés après AMP et des conséquences potentielles sur leur descendance.

Reconnaissons avoir été informés des probabilités de conception naturelle dans l'attente d'une AMP et avoir reçu une information sur les solutions alternatives (AMP avec tiers donneur, accueil d'embryons et adoption).

Reconnaissons avoir été informés que la prise en charge en AMP pourrait être interrompue à tout moment pour des raisons médicales, biologiques ou réglementaires.

Reconnaissons avoir été informés des dispositions de la loi encadrant l'accès à l'AMP et des modalités de prise en charge par l'assurance maladie en incluant notamment la limite liée à l'âge s'appliquant également à la ré-utilisation des gamètes et embryons cryoconservés.

Reconnaissons avoir été informés de l'existence et du fonctionnement du dispositif d'AMP vigilance.

Reconnaissons avoir été informés de l'existence d'associations d'usagers spécialisés dans le domaine de l'AMP susceptibles de nous accompagner dans notre démarche.

Reconnaissons avoir compris l'ensemble des informations reçues, avoir pu poser les questions que nous souhaitons et attestons avoir obtenu les réponses à celles-ci. Il m'a été demandé d'assister à une des **réunions d'information mensuelle** pour recevoir la majorité de ces informations.

Attestons avoir reçu un dossier guide.

Reconnaissons être informés que nos données personnelles et médicales sont enregistrées de manière informatique au sein du centre d'AMP pour le suivi de notre prise en charge et la réalisation d'études épidémiologiques.

Nous engageons à informer l'équipe pluri-disciplinaire de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence survenant au cours de notre prise en charge.

**Confirmons notre demande après un délai de réflexion d'un mois minimum, et certifions que les conditions de couple requises pour bénéficier d'un acte d'AMP sont toujours remplies.** (Attention 1 mois d'écart entre la date de demande plus haut et la date de confirmation)

**Date de confirmation :** le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signatures des deux membres du couple et du médecin précédées de la mention « Lu et approuvé ».

**Madame**

**Monsieur**

**Médecin**