

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

21 RUE MOXOURIS 78150 LE CHESNAY ☎ 01.39.54.44.51 ✉ amp@laboratoire-parly2.com

<https://www.laboratoire-parly2.com/>

CONSENTEMENT EN VUE DE LA CONGELATION ET DU TRANSFERT D'EMBRYONS(S) CONGELE(S)

Nous soussignés,

Madame : _____

Monsieur : _____

Nom d'usage : _____

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Née le : ____/____/____

Né le : ____/____/____

N° de portable Mme : _____

N° de portable M. : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

_____ ☐

Mail Mme : _____

Mail Mr : _____

Confirmons avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et reconnaissons avoir reçu une information éclairée suffisante et conforme aux recommandations.

Certifions que les conditions de couple requises, justifiées lors de notre demande, sont toujours remplies ; et que nous ne sommes pas engagés matrimonialement avec une tierce personne.

Consentons à la décongélation du nombre(s) d'embryons nécessaires au transfert de _____ embryon(s) ;
(préciser le nombre d'embryon(s) à transférer après concertation avec votre gynécologue)

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

Nous 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 avoir pris connaissance du montant à régler mentionnant les éventuels frais non remboursés par la sécurité sociale (Devis)

Fait à _____, le ____/____/____

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

Madame

Monsieur