

ACCORD DE TRANSFERT D'EMBRYON(S) (FRAIS OU CRYOCONSERVE)

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

SI CONJOINT(E) : Informations le ou la concernant :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

Certifie/ Certifions que les conditions (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.

Donne/ Donnons notre accord pour le transfert de ___embryon(s) frais après entretien avec l'équipe clinico-biologique.

Donne/ donnons notre accord pour la décongélation d'embryon(s) en vue du transfert de ___embryon(s), après entretien avec l'équipe clinico biologique.

Confirme/ confirmons notre accord de TRANSFERT D'EMBRYON(S).

Fait à _____ Le : ___ / ___ / _____

Signature du patient :

Précédée de la mention «lu et approuvé»

Signature du/de la conjoint(e) :

Précédée de la mention «lu et approuvé »

Nous vous rappelons que :

- L'accord de décongélation embryonnaire vous est remis au début du cycle de stimulation. Il doit impérativement être signé personnellement par les deux membres du couple (le cas échéant) et doit être transmis au plus tard au Laboratoire de Biologie de la Reproduction 48 heures avant la date prévue du transfert embryonnaire.

- Le jour du transfert, il est indispensable de présenter une pièce d'identité (par personne) en cours de validité et que les deux membres du couple soient présents (le cas échéant).

CET ACCORD EST OBLIGATOIRE POUR LA DECONGELATION ET LE TRANSFERT DES EMBRYONS CRYOCONSERVES