

## DEMANDE D'AIDE MEDICALE A LA PROCREATION

### 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 : \_\_\_\_\_

Je/ Nous soussigné(e)s, certifions :

Avoir été informé(e)s sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.

Avoir été informé(e)s des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre situation.

Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.

Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, aux gestes cliniques et aux techniques biologiques.

Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés issus de l'AMP.

Avoir reçu un guide d'information.

Avoir compris les informations transmises par le Docteur \_\_\_\_\_ et son équipe. Donner notre accord pour la transmission des données médicales à nos médecins traitants : OUI - NON.

Donner notre accord pour que notre dossier soit discuté lors de réunions médicales du centre : OUI - NON. Donner notre accord pour la transmission des données nominatives à l'Agence de Biomédecine : OUI - NON.

**Demander d'un commun accord, une Assistance Médicale à la Procréation.**

Je/ Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Je/ Nous confirmons avoir pris connaissance du fait qu'un délai de 1 mois minimum doit s'être écoulé entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre.

Document reçu le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Document rendu le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient :

Signature du/de la conjoint(e) :