

Service d'Assistance Médicale à la Procréation

Centre Hospitalier Bretagne Sud de Lorient

Dr JULOU Véronique – Dr HORS Yann – Dr FRESSARD Sophie

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous, soussignés,

Madame :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Née le :

Monsieur :

Prénoms :

Né le :

.....
Adresse commune :

.....
Tél :

Réf dossier :

Certifions que les conditions de notre couple requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) dans le cadre de notre projet parental, justifiées lors de notre demande en date du sont toujours remplies.

Nous certifions avoir reçu une information claire et appropriée sur :

- Les différentes techniques d'AMP, les effets secondaires et les risques liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées.
- Les probabilités de concevoir naturellement, les probabilités de réussite en termes de naissance après AMP, le risque de grossesses multiples et sur l'état des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Les différents projets parentaux, y compris l'adoption.

Nous certifions avoir reçu un dossier guide sur l'AMP et avoir été informés sur la réglementation en vigueur.

Nous déclarons également avoir été informés de la possibilité de révoquer notre consentement avant toute intervention et qu'il ne pourra plus être précédé à une AMP en cas de dissolution de notre couple, de renoncement à notre projet parental ou de décès de l'un d'entre nous.

Nous nous engageons à communiquer au centre toute modification d'adresse ou de situation de notre couple.

PRISE EN CHARGE EN AMP (*arrêté du 3 août 2010 relatif aux règles de bonnes pratiques*):

☐ Nous confirmons notre consentement en vue d'une AMP après le mois de réflexion qui suit le dernier entretien du .. / .. / ...

Transmission des données du couple à l'agence de biomédecine : Nominative : oui ☐ non ☐

Transmission des comptes rendus de la prise en charge : Au médecin traitant de Madame :
oui ☐ non ☐

Au médecin traitant de Monsieur :
oui ☐ non ☐

Madame :

Monsieur :

Cachet et signature du Médecin référent :

Dr JULOU

Dr HORS

Dr FRESSARD