



CFEP - Centre de Fertilité de l'Est Parisien

30, rue Floréal - 93170 Bagnole Cedex

Depuis 1985 - www.amp93.com

CENTRE DE FECONDATION IN VITRO
Unité de Médecine de la Reproduction



Laboratoire AMP : 01 48 97 50 32 (ligne directe) - Fax : 01 43 63 18 97
Secrétariat AMP : 01 48 97 50 05 (ligne directe) - Fax : 01.43.60.03.78
Laboratoire ZTP: 01 43 62 80 80 - Fax : 01 43 63 90 39
@ Laboratoire d'AMP : ampdhuys@free.fr
@ Secrétariat AMP : secretaire.cfep@free.fr

Gynécologues Agréés : <https://www.amp93.com/lequipe-clinique/>
Biologistes Agréés : Dr PFEFFER (Coordinateur) - Dr TAAR (Responsable AMP Vigilance) – Dr HEILIKMAN

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECRIT A LA DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (FIV)

Nous soussignés,

Madame NOM : _____ Nom de jeune Fille : _____
Prénom : _____ Née le : _____

Monsieur NOM : _____ Prénom : _____ Né le : _____

Certifions avoir demandé conjointement de faire l'objet d'une assistance médicale à la procréation
dans le cadre d'une demande parental pour notre couple, le (date de la première consultation)/...../.....

Nous confirmons notre demande

Après un délai de réflexion d'un mois à l'issue du premier entretien réalisé avec l'équipe pluridisciplinaire du centre, nous donnons conjointement notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation.

Nous consentons à la conception in vitro et au transfert d'embryons

Nous donnons notre accord pour la mise en fécondation de tous les ovocytes prélevés.
Pour les embryons obtenus et non transférés, il sera procédé à un contrat de conservation des embryons.

Nous certifions : - être mariés (joindre la photocopie du livret de famille)
- où vivre en concubinage (joindre une attestation de concubinage ou preuve de vie commune)

Nous certifions avoir reçu un dossier-guide qui nous a informé sur la réglementation en vigueur, notamment sur la Loi n° 2004-800 du 6 Août 2004 sur l'assistance médicale à la procréation.

Nous avons reçu des explications au cours d'entretiens avec l'équipe pluridisciplinaire du centre sur les différentes techniques de l'AMP ; ainsi que leurs conséquences, les contraintes, les risques, les pourcentages de réussite.

Nous attestons être informés de la possibilité d'entretien ou de suivi éventuel psychologique.

Nous avons aussi été informés sur les différentes possibilités ouvertes par la loi en matière d'adoption.

En cas de dissolution de notre couple, de renoncement à notre projet parental, de décès de l'un d'entre nous, il ne pourra plus être procédé à une assistance médicale à la procréation.

Nous connaissons aussi la faculté de pouvoir révoquer notre consentement avant toute intervention.

Fait à le/...../.....

Signatures des **deux membres** du couple précédées de la mention "**Lu et Approuvé**"
Madame Monsieur