



Nous soussignés,

Madame :

Monsieur :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né le :

Tél :

Tél :

Mail :

Mail :

Adresse commune :

Code postal : Ville :

- **Certifions** avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le une Assistance Médicale à la Procréation (de type **Insémination Intra Utérine ou Fécondation In vitro ou Fécondation In Vitro avec MicroInjection d'un Spermatozoïde (ICSI) ou Transfert d'Embryon Décongelé**), pour notre couple au Docteur
- **Nous** **acceptons**
 refusons la transmission nominative des données de notre tentative à l'Agence de la Biomédecine conformément au décret en vigueur.
- Nous nous engageons à informer l'équipe qui nous prend en charge de toute modification de notre situation familiale ainsi que tout changement dans notre lieu de résidence.

Pour les couples orientés vers les FIV et ICSI :

- **Nous** **acceptons**
 refusons la congélation et la cryoconservation des embryons surnuméraires congelables. Sommes informés qu'en cas de refus, le centre d'AMP serait amené à limiter le nombre d'ovocytes mis en fécondation (selon la loi en vigueur).
- **Nous** **acceptons**
 refusons la congélation et la cryoconservation des ovocytes matures ponctionnés en cas de non possibilité de mise en fécondation de ceux-ci le jour de la ponction (échec de recueil de sperme, azoospermie, ...).
- **Nous certifions** avoir reçu le dossier guide, avoir été informés des différents projets parentaux, des différentes techniques d'Assistance Médicale à la Procréation et de leurs conséquences, ainsi que des risques de l'ICSI, notamment de la possibilité de transmission de stérilité masculine.

Pour les couples en vue d'un transfert d'embryons congelés :

- Nous donnons notre accord pour la décongélation d'embryon(s) conservé(s) dans le centre AMP de Perpignan en vue d'un transfert d'embryon(s).

Confirmons ce jour au laboratoire notre demande d'Assistance Médicale à la Procréation.

Fait à Perpignan, le

Madame

Monsieur