CHAL CENTRE HOSPITALIER ALPES LÉMAN

SERVICE DE

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

AMP74 Centre d'Aide Médicale à la Procréation

BIOGROUP FERTILITÉ

LABORATOIRE DE BIOLOGIE

DE LA REPRODUCTION

Centre d'Aide Médicale à la Procréation AMP74 558 Route de Findrol 74130 Contamine-sur-Arve

Secrétariat
Clinique : 04.50.82.23.87

Secrétariat
laboratoire : 04.50.82.23.95

Fax commun : 04.50.82.23.98

Praticiens Hospitaliers :
DR A.BOUCHER
DR S.SCHIAVONE
DR L.BERDOUS
DR S.GLACHANT
DR E.MICOLON
Urologue :
Dr E. BEY / D M. HOCH

Biologistes :
Tél: 04.50.82.23.95
Dr B. DORPHIN
Dr B. BENNANI SMIRES

Psychologue : L. BROUSSARD

Sages Femmes :
Tél: 04.50.82.23.84
C.BOSS
A. DECOLLE
D. HODE
A. PLAGNOL
L. PARPAN
A.SEGERS
V.VERARD

3-R-16192

CONSENTEMENT ECRIT EN VUE DE PRESERVATION FERTILITE/DECONGALTION D'OVOCYTES

Je, soussignée,

Madame : *Nom de jeune fille :*

Prénoms :

Adresse :

☐ Confirme avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Medicale à la Procréation (AMP),

☐ Donne mon accord pour la transmission des données nominatives à l'Agence de la Biomédecine (à cocher si oui)

☐ Certifie avoir reçu une information suffisante sur l'AMP, conforme aux recommandations (*loi n°2004-800 du 6 aout 2004),* et avoir pu bénéficier du délai de réflexion en vigueur.

☐ Je m'engage à informer l'équipe AMP74, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant ma situation familiale et mon lieu de résidence.

☐ Je confirme, après un délai de réflexion d'un mois, mon consentement pour bénéficier d'un acte d'AMP de type :

☐ **Préservation de la fertilité**

☐ **Réchauffement d'ovocytes**

identité vérifiée MMe ☐ par

Fait le ..... , à.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »