Centre PMAtlantique

Santé Atlantique
Avenue Claude Bernard, BP 40419, 44819 ST HERBLAIN cedex

Accueil : 02 40 95 81 16
Laboratoire : 02 40 95 94 72 - Fax : 02 40 95 91 71

Centre certifié ISO 9001 : 2015
www.pmatlantique.fr

SAINT HERBLAIN, le

Madame
Nom de jeune fille :
Née le :
N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

N° téléphone (fixe et portable) :

Je, soussignée, certifie :

- Avoir été informée sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée et sur les autres possibilités de mener mon projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informée des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à ma 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, au geste clinique 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 après AMP.
- Avoir reçu un guide d'information.
- Avoir compris les informations transmises par le **Dr** et son équipe.
- Donner mon accord pour la transmission des données médicales à mon médecin traitant : OUI - NON.
- Donner mon accord pour que mon dossier soit éventuellement discuté lors de réunions du centre : OUI - NON.
- Donner mon accord pour la transmission des données nominative à l'Agence de Biomédecine : OUI - NON.

- Demander une assistance médicale à la procréation.

Je m'engage à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans ma situation familiale et mon lieu de résidence.

Document reçu le * Document rendu le *…..…../……..…/…..…..

Signature Madame,

Merci de joindre la photocopie de votre carte d'identité.

*Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre.
(Document en deux exemplaires, un conservé par la patiente, un remis signé au centre.)