



Centre PMAntique

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

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP)

Madame : Nom de jeune fille : Née le : N° de Sécurité Sociale :	Madame / Monsieur : Né.e le : N° de Sécurité Sociale :
--	--

Adresse conjugale :

N° téléphone (fixe et portable) : /

Nous, soussignés, certifions :

- Avoir une communauté de vie.
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informés des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre 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 _____ et son équipe.
- Donner notre accord pour la transmission des données médicales à nos médecins traitants : OUI - NON.
- Donner notre accord pour que notre dossier soit éventuellement discuté lors de réunions du centre : OUI - NON.
- Donner notre accord pour la transmission des données nominative à l'Agence de Biomédecine : OUI - NON.

- Demander d'un commun accord, une assistance médicale à la procréation.

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le*

Document rendu le *...../...../.....

Signature Madame,

Signature Conjoint.e,

Merci de joindre les photocopies de vos cartes 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 le couple, un remis signé au centre.)