



P1-ENR03-V4

Formulaire

**Consentement des patients pour la prise en charge
AMP**

Date de mise en application :

Nous, soussignons,

Madame	Monsieur
Nom marital :	Nom :
Nom de jeune fille :	
Prénom :	Prénom :
Née le :	Né le :
Adresse commune :	Tel :
E-mail :	

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord, le _____ une assistance médicale à la procréation (AMP), pour notre couple (date de la première consultation auprès du gynécologue).

Pièces à joindre : Photocopies des cartes d'identité.

Certifions avoir reçu le dossier d'information et avoir été informés (un entretien nous est proposé sur rendez-vous) :

- ✓ Du principe de la technique d'IAC (Insémination artificielle avec sperme du conjoint), de ses résultats et de ses risques,
- ✓ Des aspects réglementaires de la prise en charge en AMP.
- ✓ **Avoir reçu une information sur les risques liés à la circulation du virus SARS-CoV-2 et que nous avons pris connaissance du document de l'Agence de Biomédecine : [P4-ENR02-12-Fiche info patients Covid19 ABM](#)**
- ✓ Conformément à l'Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, la présente demande est faite à l'issue d'un délai minimum d'un mois à compter du dernier entretien.

Nous nous engageons à informer l'équipe médicale à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Nous attestons sur l'honneur ne pas avoir déposé une requête en divorce ou en séparation de corps et ne pas avoir cessé la communauté de vie.

Confirmons ce jour notre demande d'assistance à la procréation.

Fait le _____, à _____

Signatures :

Madame,

Monsieur,