



DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION



Centre de Fertilité de l'Hôpital TENON – 4 rue de la Chine – 75070 PARIS Cedex 20
Service de Médecine de la Reproduction : secretariat.fiv.tnn@aphp.fr

Nom : _____ Nom : _____
Nom de naissance : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Date de naissance : _____
N° de téléphone _____ N° de téléphone _____
Adresse mail _____ Adresse mail _____
Adresse postale _____
Code Postal _____ Ville _____

Je certifie / Nous certifions avoir demandé spontanément, une prise en charge en Assistance Médicale à la Procréation (AMP) le (Date de la première consultation).

Je certifie que je remplis / Nous certifions que notre couple remplit les conditions requises pour bénéficier d'une AMP.

Je déclare / nous déclarons ne pas être marié.e.s ni en cours de procédure de divorce avec une personne autre.

Je certifie / Nous certifions avoir reçu le dossier guide et avoir été informé.e.s, via le site internet du centre d'Aide Médicale à la procréation de Tenon (fertilité-tenon.fr) de la réglementation en vigueur, notamment sur la loi de bioéthique; avoir reçu des explications au cours des entretiens avec l'équipe pluridisciplinaire du service de Tenon sur les différentes techniques d'AMP ainsi que leurs conséquences, les contraintes, les risques, les pourcentages de réussite ; avoir été informé.e.s des alternatives ouvertes par la loi pour faire aboutir mon / notre projet parental (AMP avec tiers donneur, accueil d'embryons ou encore adoption).

Je confirme ma / Nous confirmons notre demande AMP après un délai de réflexion d'un mois.

Je m'engage/ Nous nous engageons à signaler au centre d'AMP, avant toute tentative, tout voyage depuis moins de 3 mois, dans une zone à risque pour le virus ZIKA :

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/zika/map-of-countries_with_zika_transmission_feb2022.pdf

ou

<https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Dataset=27&HealthTopic=70>

Je m'engage/nous nous engageons à informer le centre d'AMP de tout changement d'adresse, de numéro de téléphone ou d'adresse mail, ainsi que tout élément nouveau sur le plan médical.

En cas de grossesse, je m'engage/ nous nous engageons à informer le centre d'AMP de l'évolution de celle-ci et de l'état de santé de l'enfant né.

Je suis informée/ nous sommes informé.e.s que mon/ notre consentement peut être révoqué à tout moment.

Je sais/ Nous savons que toutes les données relatives à nos tentatives d'AMP sont transmises à l'Agence de Biomédecine. Je souhaite / Nous souhaitons que cette transmission soit : nominative anonyme

Pour les couples : Nous certifions avoir reçu l'information qu'en cas de dissolution de notre couple, de renoncement à notre projet parental, de décès de l'un d'entre nous, notre prise en charge en AMP prendra fin.

Fait à _____, le _____

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :