

## DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

**Je soussignée,**

**Madame** (nom de naissance) : .....

Prénom.s : .....

Née le : .....

Adresse .....

.....

Adresse mail : .....

Téléphone : .....

Certifie ne pas être engagée avec une tierce personne\*, confirme avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) au centre d'AMP NATECIA.

Je certifie avoir reçu une information claire et appropriée sur :

- ✓ Les différentes techniques d'AMP, les effets secondaires et les risques liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste chirurgical et aux techniques biologiques utilisées.
- ✓ Les probabilités de réussite en terme de naissance après AMP, le risque de grossesses multiples avec ses complications éventuelles et l'état des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- ✓ Les différents projets parentaux, y compris l'adoption.
- ✓ Les modalités de traitement de mes données personnelles requises pour assurer ma prise en charge et la réalisation de statistiques anonymes au sein du centre.

Je certifie avoir reçu un dossier guide sur l'AMP et avoir été informée sur la réglementation en vigueur (toutes les informations sur [amp-natecia-fiv-lyon.docvitae.fr](http://amp-natecia-fiv-lyon.docvitae.fr) et [www.procreation-medicale.fr](http://www.procreation-medicale.fr)).

Je certifie avoir pris connaissance de la note d'information de l'Agence de la Biomédecine relative au registre national des FIV et (**cocher la case correspondante**) :

- Je donne mon accord pour la transmission nominative des informations relatives à ma tentative d'AMP à l'Agence de la Biomédecine.
- Je refuse la transmission nominative de ces informations à l'Agence de la Biomédecine.

Je déclare avoir été informée de la possibilité de révoquer mon consentement avant toute intervention et qu'il ne pourra plus être procédé à une AMP en cas de renoncement à mon projet parental ou de décès. **Je m'engage à communiquer au centre toute modification d'adresse ou de changement de situation familiale.**

Je confirme après le délai légal de réflexion d'un mois, ma demande d'Assistance Médicale à la Procréation.

**Document remis au centre le** .....

*Signature* Madame

*\* J'ai pris connaissance des dispositions de l'article 441-7 du code pénal, réprimant l'établissement d'attestation faisant état de faits matériellement inexacts, ci-après rappelées : "Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts".*

**PIECES A JOINDRE : document officiel justifiant l'identité de Madame.**