

DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous soussigné.e.s,

Madame (nom usuel) : **Conjoint.e** (nom usuel) :
Nom de naissance : Nom de naissance :
Prénom.s : Prénom.s :
Née le : Né.e le :
Adresse commune
.....
Adresse mail :
Téléphone : Téléphone :

Formant un couple et certifiant ne pas être engagé avec une tierce personne*, confirmons conjointement, avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) dans le cadre de notre projet parental, au centre d'AMP NATECIA.

Nous certifions 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 concevoir naturellement, 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 nos données personnelles requises pour assurer notre prise en charge et la réalisation de statistiques anonymes au sein du centre.

Nous certifions avoir reçu un dossier guide sur l'AMP et avoir été informé.e.s sur la réglementation en vigueur (toutes les informations sur amp-natecia-fiv-lyon.docvitae.fr et www.procreation-medicale.fr).

Nous certifions 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*) :

- Nous donnons notre accord pour la transmission nominative des informations relatives à notre tentative d'AMP à l'Agence de la Biomédecine.
- Nous refusons la transmission nominative de ces informations à l'Agence de la Biomédecine.

Nous déclarons avoir été informé.e.s de la possibilité de révoquer notre consentement avant toute intervention et qu'il ne pourra plus être procédé à une AMP en cas de dissolution de notre couple, de renoncement à notre projet parental ou de décès de l'un d'entre nous. **Nous nous engageons à communiquer au centre toute modification d'adresse ou de changement de situation de notre couple.**

Nous confirmons après le délai légal de réflexion d'un mois, notre demande d'Assistance Médicale à la Procréation.

Document remis au centre le

Signatures Madame Conjoint.e :

*Nous avons 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 : documents officiels justifiant l'identité de chaque membre du couple