



Service d'Assistance Médicale à la
Procréation et de Préservation de la
Fertilité

Suivi de stimulation

☎ 03.20.44.50.40

Secrétariat

☎ 03.20.44.68.97

☎ 03.20.44.66.43

Biologie de la Reproduction

Secrétariat

☎ 03.20.44.46.51

☎ 03.20.44.58.68

Partie réservée au Laboratoire

TEC le

Sérologies validées Mme Mr

Nombre d'embryons

Dossier validé par :

**ACCORD DE DECONGELATION D'EMBRYON(S)
EN VUE DE LEUR TRANSFERT**

Nous, soussignés,

Madame Monsieur

Prénom Prénom

Nom de jeune fille

Née le Né le

Adresse commune

.....

Téléphone fixe : Téléphone portable

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.

Donnons notre accord pour la décongélation d'embryon(s) en vue du transfert de embryons (après entretien avec l'équipe clinico-biologique).

Fait à : le :

Signatures : Madame

Monsieur

Nous vous rappelons que :

- L'accord de décongélation embryonnaire vous est remis au début du cycle de décongélation. **Il doit impérativement être signé par Monsieur et Madame personnellement** et doit être transmis au plus tard au Laboratoire de Biologie de la Reproduction 48 heures avant le transfert embryonnaire.
- Lors du transfert du ou des embryons décongelés, **la loi impose la présence du conjoint**.
- Il est **indispensable** que Monsieur et Madame présentent, le jour du transfert, une **pièce d'identité récente**.

CET ACCORD EST OBLIGATOIRE POUR LA DECONGELATION ET LE TRANSFERT DES EMBRYONS CRYOCONSERVES

Partie à compléter par le Centre le jour du transfert

Vérification d'identité Madame

Monsieur

par