

 <b>POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE</b> <i>INSTITUT DE BDR - SPERMOLOGIE - CECOS BDR - Biologie de la reproduction UF 9833</i>	<b>FICHE D'ENREGISTREMENT</b> <b>ACCORD DE DECONGELATION D'EMBRYON(S) EN VUE DE LEUR TRANSFERT</b>	<b>ORG-FE-BDR- 238</b> <b>V : 2</b> <b>Applicable au : 26/09/2022</b> <b>Page 1 sur 1</b>
--	---	--

**Médecine de la Reproduction**
**Suivi de stimulation**

**03.20.44.50.40**

@ suivistimulationamp@chru-lille.fr


**Biologie de la Reproduction**
**Secrétariat**

**03.20.44.46.51**

Fax : **03.20.44.58.68**

@ labobiorepro@chru-lille.fr

**Partie réservée au laboratoire**

TEC le .....

Sérologies :

Nombre d'embryon.s .....

Dossier validé par : .....

Je /Nous, soussigné.e.s,

Nom de naissance ..... Nom de naissance .....

Prénom ..... Prénom .....

Née le ..... Né.e le .....

Adresse .....

.....  
Téléphone : ..... Téléphone : .....

- Certifie /Certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.

- Donne mon /Donnons notre accord pour la décongélation d'embryon.s en vue du transfert de embryon.s en accord avec l'équipe clinico-biologique d'AMP (nombre d'embryon à préciser).

Fait à : ..... le : .....

**Signature.s** :

Nous vous rappelons que :

- L'accord de décongélation embryonnaire vous est remis au début du cycle de stimulation. **Il doit impérativement être signé par personnellement par les deux membres du couple** (le cas échéant) et doit être transmis au plus tard au Laboratoire de Biologie de la Reproduction 48 heures avant la date prévue du transfert embryonnaire.
- Le jour du transfert, il est **indispensable** de présenter une **pièce d'identité récente et que la loi impose la présence des deux membres du couple** (le cas échéant).

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

**Partie à compléter par le laboratoire le jour du transfert**

Vérification d'identité

par