



# LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE DROUOT

21, rue Drouot - 75009 PARIS - ☎ (33) 01 45 23 10 45 - Fax 01 47 70 77 79

www.labodrouot.com

## Dr Guy CASSUTO

Biologiste Médical Responsable  
DES des Facultés de Pharmacie et Médecine  
AAH des Hôpitaux de Paris  
Certificat de Biologie de la Reproduction

## Dr Dominique BOURET

Biologiste Médicale  
DES de Biologie Médicale  
AIH des Hôpitaux de Bordeaux  
AAH des Hôpitaux de Paris  
DEA de la Reproduction

## Dr Béatrice BRETHOME

Biologiste Médicale  
DES de Biologie Médicale  
AIH des Hôpitaux de Nantes  
MSBM  
Certificat de Biologie de la Reproduction

## Dr Marie LARGIER

Biologiste Médicale  
DES de Biologie Médicale  
AIH des Hôpitaux de Dijon  
DU d'Hématologie Cytologie

## Dr Laure CALAS

Biologiste Médicale  
DES de Biologie Médicale  
AIH des Hôpitaux de Paris  
DEA d'Immuno Virologie

## Dr Flora MARZOUK

Biologiste Médicale  
DES de Biologie Médicale  
AIH des Hôpitaux de Paris  
Master en Biologie  
de la Reproduction et AMP

## Dr Lea RUOSO

Biologiste Médicale  
DES de Biologie Médicale  
AIH des Hôpitaux de Paris  
Master en Biologie  
de la Reproduction et AMP

## DEMANDE DE CONGELATION ET DE CRYOCONSERVATION DE SPERME Unité AMP – Drouot Paris

Nom :

Prénom :

Né le :

Portable :

Mail :

Adresse :

Monsieur,

Vous devez congeler votre sperme dans le cadre d'une PMA

**La durée de conservation est d'un an. A l'issue de cette année, les paillettes seront automatiquement détruites.**

Dans le cas où le projet parental n'a pas pu se réaliser au cours de l'année de conservation écoulée, **il vous appartient de contacter le laboratoire pour le signaler**, surseoir à l'autorisation de destruction et signer un renouvellement de contrat de congélation pour prolonger la conservation des paillettes.

Si le test de décongélation est négatif les paillettes seront détruites.

Au-delà de 60 ans, les paillettes sont automatiquement détruites, conformément à la loi en vigueur.

Votre présence physique est obligatoire le jour de la décongélation des paillettes.

Enfin, vous vous engagez à nous communiquer toute modification concernant votre situation familiale et votre lieu de résidence.

**Le déposant déclare avoir pris acte de ce qui précède. Une copie de ce consentement lui est remise.**

Fait à Paris, le .....

Monsieur

Signature (précédé de la mention *Lu et approuvé*)

Je soussigné Monsieur (nom, prénom).....  
autorise la destruction de mes paillettes de sperme congelées à l'issue d'un délai  
de 1 an après la date de congélation.

Fait à Paris, le .....

Signature (précédé de la mention *Lu et approuvé*)

Joindre à ce contrat :

- Une photocopie de votre pièce d'identité
- Sérologies légales de moins de 3 mois pour une première congélation ou de moins d'un an pour les n-èmes congélations