



LABM DROUOT - Guy CASSUTO

21, rue Drouot - 75009 PARIS

Tel : 01 45 23 10 45

Fax : 01 47 70 77 79

Unité d'AMP Drouot Paris

Autorisé sous le N° 75 287

Liste des documents à fournir avant une AMP (centres AMP Bluets/Diaconesses/Saint Denis)

N1 ENR 01 Version 11 Date d'approbation : 16/03/2023
secretariatamp@labodrouot.com

Lors de votre rendez-vous biologique, merci de vous munir de tous les documents listés ci-dessus **photocopiés**

| | <i>A obtenir</i> | <i>Obtenu</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pièce d'identité Monsieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pièce d'identité Madame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Certificat de mariage ou de concubinage (plus de 2 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Demande et consentement pour une AMP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Consentement de conservation d'embryons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fiche de renseignement AMP Zika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sérologie Monsieur (HIV, Hépatite B, Hépatite C, Syphilis) datant de moins de 3 mois si 1ère tentative ou de moins de 1 an pour les n-èmes tentatives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sérologie Madame (HIV, Hépatite B, Hépatite C, Syphilis) datant de moins de 3 mois si 1ère tentative ou de moins de 1 an pour les n-èmes tentatives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ordonnance de l'acte d'AMP (<i>si prise en charge</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Attestations des cartes vitales de Monsieur et Madame (<i>si prise en charge</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Attestation de 100% (<i>si prise en charge</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Résultat de spermoculture datant de moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Spermogramme + test de migration datant de moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En cas d'AMP en circuit viral (hépatite B ou hépatite C) | | |
| 14. Résultats de la charge virale datant de moins d'un an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Attestation de l'hépatologue mentionnant un avis favorable datant de moins d'un an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |