



**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 BRETOME**

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 ET CONSENTEMENT A L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Je/Nous, soussigné.e.s,

Madame :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Née le :

Adresse :

☎ :

✉ Mail :

Monsieur/Madame :

Prénom :

Nom de jeune fille (*le cas échéant*) :

Né(e) le :

☎ :

✉ Mail :

- ◆ Certifi.e.ons avoir demandé spontanément une assistance médicale à la procréation. Dans le cadre d'une PMA en couple, cette demande est faite d'un commun accord.
- ◆ Confirm.e.ons notre demande d'assistance médicale à la procréation après **un délai de réflexion d'un mois** à l'issue du dernier entretien réalisé avec l'équipe pluridisciplinaire du centre
- ◆ Donn.e.ons mon/notre consentement pour une  I.A.C ou  I.A.D.<sup>1</sup>
- ◆ Certifions (en cas de PMA en couple) :  être mariés ou pacsés depuis le :  vivre en concubinage depuis plus de deux ans.
- ◆ Certifi.e.ons avoir reçu le **dossier-guide** et avoir été informé.s des différents projets parentaux y compris de l'adoption ainsi que des différentes techniques d'assistance médicale à la procréation et de leurs conséquences. Nous sommes informés que le risque de grossesse multiple à l'issue d'une insémination est accru lorsque le nombre d'ovocytes matures après stimulation est supérieur à 1.
- ◆ Accept.e.ons que les données nominatives informatisées et sécurisées de mon/notre dossier soient communiquées avec l'accord de la CNIL à l'Agence de Biomédecine dans le cadre de l'établissement du rapport annuel d'activité
- ◆ M.Nous engage.ons à informer l'équipe médicale tout au long de la prise en charge de toute modification concernant ma/notre situation familiale et mon/notre lieu de résidence

### CE DOCUMENT EST A RENOUELER POUR CHAQUE TENTATIVE

Fait à Paris le :

**Madame**

Lu et approuvé

**Monsieur/Madame**

Lu et approuvé

#### Réservé au Personnel Médical – A remplir en cas d'IAD en couple ou IAC sur paillettes congelées

- Les 2 membres du couple ont été vus le jour de l'insémination. Vérifié par.....(initiales)
- Si les 2 membres du couple ne peuvent pas être présents le jour de l'insémination, ce consentement est établi par les 2 membres du couple en la présence du Dr.....Signature+ Cachet Médecin :

1. Insémination intra-utérine avec un tiers donneur devant un juge ou un notaire conformément à l'article 311.2 du code civil

En vertu du règlement RGPD 2016/679 et de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 modifiée vous pouvez exercer vos droits (accès, modification, effacement) en nous contactant par mail [rgpd@labodrouot.com](mailto:rgpd@labodrouot.com). Vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL