

Nous(Je), soussignés(es/e) :

Patiente ayant vocation à porter l'enfant :

Conjoint(e) pour les couples :

Nom de naissance : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Nom d'usage éventuel : .....

Nom d'usage éventuel : .....

Née le : .....

Né(e) le : .....

Tel Mme : .....

Tel Conjoint(e) : .....

Mail Mme : .....

Mail Conjoint(e) : .....

Adresse commune : .....

**Merci de bien lire et de COCHER TOUTES LES CONSIGNES POUR POUVOIR EFFECTUER UNE DECONGELATION EMBRYONNAIRE, et vous y conformer.**

**Si ce document n'est pas renvoyé signé au plus tard dans les 48H avant la décongélation, LA DÉCONGÉLATION SERA ANNULÉE**

Certifions(e) que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies

Avons(ai) eu l'information

Que la **PRESENCE DU/DE LA CONJOINT(E) EST OBLIGATOIRE POUR LES COUPLES**

Que la **PRESENTATION DE L'ORIGINAL DE NOS(MA) PIECE(S) D'IDENTITE** est obligatoire

Que ce document doit nous être communiqué via le partage de documents, dans votre espace patient WISTIM **dès que vous avez connaissance de la date de la décongélation, AU PLUS TARD 48H AVANT**

Que nos(mes) sérologies (hépatite B, hépatite C, et HIV) auront moins d'un an pour la décongélation (dans le cas contraire, les embryons ne seront pas décongelés, ou pas transférés)

Attestons(e) ne pas avoir effectué de voyage à l'étranger dans les 6 derniers mois pouvant présenter un risque infectieux en lien avec le virus ZIKA (en cas de doute, en référer à votre médecin référent)

Donnons(e) notre accord pour la décongélation embryonnaire pour le transfert de

**1 seul embryon**

**1 ou 2 embryons : si nous(je) faisons(fais) ce choix, nous nous (je me) conformerons(rai) au choix final de l'équipe clinico-biologique si elle préconise de ne transférer qu'un seul embryon**

Fait à ....., le .....

Signature(s)

Patiente ayant vocation à porter l'enfant

Conjoint(e)