

Formulaire de consentement à la réalisation d'une assistance médicale à la procréation dans le contexte de circulation du virus du Covid-19

Madame

Nom de naissance :

Nom d'usage (ex. nom d'épouse) :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Monsieur

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Attestons

- Avoir été informé.e.s sur les modalités de prise en charge en AMP en période de circulation du Covid-19
- Avoir posé toutes les questions et reçu les réponses adaptées
- Que le centre d'AMP nous a remis le document d'information « questions fréquentes - AMP et Covid » de l'Agence de la biomédecine
- Avoir été informé.e.s que des informations plus complètes à destination des patients sont disponibles sur le site internet www.procreation-medicale.fr
- Accepter de recourir à une AMP en période d'épidémie de Covid-19 et que nous respecterons les obligations nous incombant

Fait à : _____ **Le** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de Madame

Signature de Monsieur