

# Assistance Médicale à la Procréation

## Centre Hospitalier J.E. Techer - Calais



### DEMANDE D'AIDE MEDICALE A LA PROCREATION

Nous, soussignés.

MADAME \_\_\_\_\_ Epouse \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Née le \_\_\_\_\_

SI CONJOINT(E) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Né le \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Gynécologues

Dr M-C. BAILLY

Dr N. BAYART

Dr F. BRIEZ

Dr M. CAFFET (chef de service)

Dr N. CHOUDHARI

Dr F. FOURIKA

#### Endocrinologue

Dr C. HOUSSIN-

DELEPINE

#### Biologistes

Dr F. DOSSOU-GBÉTÉ

#### Psychothérapeutes

Mme S. JOLY

Dr C. FOURIKA

#### Sage-femme

coordinatrice

Mme V. SMAGUE

#### Sage-femme

coordinatrice en

maïeutique

Mme S. PASQUIER

#### Secrétariat

Tél : 03 21 46 35 51

Fax : 03 21 46 35 52

@ : [secretariat-amp@ch-calais.fr](mailto:secretariat-amp@ch-calais.fr)

Nous, soussignés, certifions :

- Avoir une communauté de vie.
- Avoir été informés sur la probabilité de survenue d'une grossesse spontanée pour notre couple et sur les autres possibilités de mener notre projet parental, y compris l'adoption.
- Avoir été informés des différentes étapes de la prise en charge en fonction de la technique d'AMP adaptée à notre situation.
- Avoir eu connaissance des chances de réussite et d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.
- Avoir eu connaissance des effets secondaires et des risques potentiels à court et à long terme, liés notamment à la stimulation ovarienne, au geste clinique et aux techniques biologiques.
- Avoir eu connaissance du risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications possibles ainsi que sur l'état actuel des connaissances concernant la santé des enfants nés après AMP.
- Avoir reçu un guide d'information.
  
- Avoir compris les informations transmises par le **Docteur** \_\_\_\_\_ et son équipe.
- Donner notre accord pour la transmission des données médicales à nos médecins traitants : OUI - NON.
- Donner notre accord pour que notre dossier soit discuté lors de réunions médicales du centre : OUI - NON.
- Donner notre accord pour la transmission des données nominative à l'Agence de Biomédecine : OUI - NON.
  
- Demander d'un commun accord, une Assistance Médicale à la Procréation.**

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

Document reçu le \* ...../...../.....

Document rendu le \* ...../...../.....

Signature Madame,

Signature Monsieur,

\*Un mois minimum entre la date de réception et la date de rendu de la demande au centre.  
**(Document en deux exemplaires, un conservé par le couple, un remis signé au centre.)**