

**DEMANDE DE DECONGELATION D'EMBRYONS EN VUE DE
LEUR TRANSFERT**

Nous soussignées,

Madame :	Madame:
Prénoms :	Prénoms :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Née le :	Née le :
Adresse commune :	
.....	
.....	
Tél. fixe:	Tél. portable :

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies

- Nous attestons de l'absence de voyage depuis 1 an** dans un pays tropical qui pourrait être touché par le virus du ZIKA : Asie du Sud, Indonésie, Afrique Centrale, Amérique Latine, Amérique du Sud, Iles tropicales.
- Dans le cas contraire, vous devez en parler à votre médecin AVANT toute AMP.

Et donnons notre accord pour la décongélation d'embryons en vue de leur transfert.

Fait à, le

Madame

Madame

A REMPLIR LE JOUR DU TRANSFERT

Donnons notre accord pour le transfert de embryon(s) après entretien avec l'équipe clinico-biologique (facultatif)

Fait à, le

Madame

Madame