

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

Je soussignée,

**Madame** : .....

Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

Née le : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél. fixe: ..... Tél. portable : .....

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

- J'atteste 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 donne mon accord pour la décongélation d'embryons en vue de leur transfert.**

Fait à ....., le .....

Madame

---

**A REMPLIR LE JOUR DU TRANSFERT**

**Donne mon accord pour le transfert de ..... embryon(s) après entretien avec l'équipe clinico-biologique (facultatif)**

**Fait à ....., le .....**

Madame