**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 : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Monsieur

Nom :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénoms :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I 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](http://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** I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

**Signature de Madame Signature de Monsieur**