

**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](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 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Signature de Madame**

**Signature de Monsieur**