



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

Nous, soussignés,

Madame

Monsieur

NOM :

NOM :

NOM de jeune

filie :

Prénoms :

Prénoms :

Née le :

Né 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 ;

Et donnons notre accord pour la décongélation d'embryon(s) en vue de leur transfert.

Nous avons été informés que la **présence des 2 membres du couple est obligatoire** le jour du transfert.

Date du transfert prévue (à remplir par le praticien) :

Nombre d'embryon(s) à transférer, souhaité :

Fait à : Le :

Signature Madame :

Signature Monsieur :

Document à faxer au 03.21.69.17.98, à envoyer ou déposer au Laboratoire de Biologie Médicale IBC situé 65 rue René Lanoy à Lens (62300). Il doit être réceptionné impérativement, au plus tard, 2 jours avant le transfert éventuel d'embryons.

*PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif (**changement de situation maritale, changement d'adresse**) susceptible de retentir sur votre prise en charge.*