

Consentement et Questionnaire de prise en charge COVID-19

Nom de la conjointe.....
Prénom..... Date de naissance : / /

Nom du conjoint.....
Prénom..... Date de naissance : / /

- Attestons avoir été informés 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 informés que des informations plus complètes à destination des patients sont disponibles sur le site internet www.procreation-medicale.
- 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

Ce questionnaire a pour objectif de vous protéger et de protéger les personnels soignants au cours de l'épidémie de Covid-19. Il vous sera demandé d'y répondre à plusieurs reprises au cours de votre prise en charge. **En répondant à ce questionnaire, par écrit ou par oral, vous engagez votre responsabilité personnelle.**

Madame, Monsieur nous vous remercions de répondre à ces questions à chaque étape :

*« Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été diagnostiquée positive au Covid-19, eu de la fièvre, ressenti une fatigue anormale, des courbatures, de la toux, mal à la gorge, des maux de tête, de la diarrhée, une perte de goût ou de l'odorat, le nez bouché, des engelures ?
Avez-vous été en contact étroit avec une personne présentant ces symptômes ?
Avez-vous été en contact étroit avec une personne diagnostiquée Covid+ ? »*

	Date	Madame		Monsieur	
		Oui	Non	Oui	Non
1 mois avant le début de la stimulation					
Premier jour de traitement de stimulation					
Echographie 1					
Echographie 2					
Echographie 3					
Echographie 4					
Echographie 5					
Déclenchement					
Le jour de la ponction					
Insémination ou Transfert					

Attention : signaler au laboratoire tout problème survenant dans les 15 jours après l'AMP au 03 52 15 14 06

**Document à rapporter impérativement au laboratoire
le jour de l'IAC, de la ponction ou du transfert**