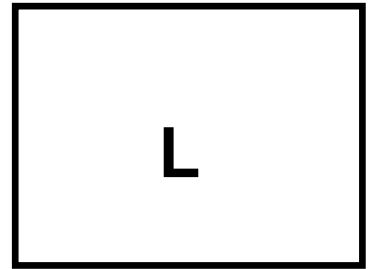


Fiche de traçabilité **AMP**



Identité contrôlée par :

Document présenté : Carte d'identité

Passport

Permis de conduire

Autre

Délai d'abstinence : jours

Heure de recueil h

Recueil correctement effectué ? Oui Non

IMPORTANT :

Téléphone pour vous joindre dans les prochains jours (appel masqué) :

- J'atteste avoir confié mes gamètes au laboratoire ce jour pour AMP
- En cas de décongélation de paillettes de sperme, j'autorise le laboratoire à utiliser mes gamètes cryo-conservés
- En cas d'AMP avec donneur, j'autorise le laboratoire à utiliser les paillettes délivrées par le CECOS

Signature conjoint 2 :

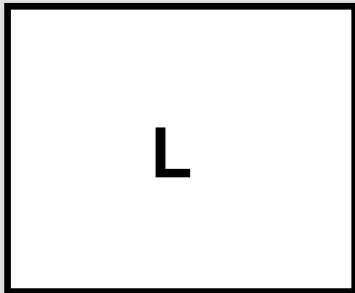
Signé le:

Partie réservée si dévitrification ovocytaire. J'autorise la décongélation de mes ovocytes vitrifiés en vue d'AMP

Signature conjoint 1 :

Signé le:

TRANSFERT EMBRYONNAIRE



Autorisons le transfert deembryon(s) le/...../.....

Signature Conjoint 1 :

Signature Conjoint 2 :

Partie réservée au laboratoire : Heure prévue : Heure réelle :

Document présenté : Carte d'identité

Passport

Permis de conduire

Autre

Id Technicien :

Identité contrôlée par :

KT : Ellios Armé Autre

Partie réservée au gynécologue :

Nom du gynécologue :

Signature :

Salle : 1 2 3

Qualité du transfert : Sous écho Facile Difficile Avec pincés En 2 temps sous AG

Présence de sang : 0 + ++ +++ Présence de glaire : 0 + ++ +++