**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 de naissance : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Monsieur

Nom :
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénoms :
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

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

**consentement à renvoyer rapidement par mail au :**
**sec-amp-hmm@chr-metz-thionville.fr** **(faire une photo ou un scan à mettre en pièce jointe)**

**Fait à .................................................................Le.....................................................................................**

**Signature de Madame                                                          Signature de Monsieur**