

Ville : , le/...../.....

DEMANDE DE DECONGELATION D'EMBRYONS EN VUE DE LEUR TRANSFERT

A transmettre au laboratoire avec la fiche de stimulation au moins 48 heures avant le transfert pour pouvoir décongeler les embryons avant votre arrivée.

Fax : 04 92 26 77 75 ou email : contact.fiv@eurofins-biologie.com

Le laboratoire vous appellera le matin de la décongélation entre 9h00 et 10h00 pour vous donner le résultat de la décongélation et l'horaire du transfert.

En l'absence d'appel de notre part, veuillez nous joindre à 10h00 au 04 92 26 74 79

Nous, soussignés :

Madame	Monsieur
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille:	Prénom :
Née le	Né le
Adresse commune:	
Tel :	Tel :

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.

Consentons à la décongélation d'embryon(s) issue de la ponction du/...../..... en vue de transfert inta utérin.

Idéalement et avec discussion avec notre médecin nous sommes d'accord pour une décongélation et un transfert de embryon(s)

Date des Sérologies de Madame :

Date des Sérologies de Monsieur :

Fait à : Le :

Signatures :

Madame
Matisse

Monsieur

Médecin responsable : Centre

