

Consentement à une tentative d'Assistance Médicale à la Procréation

Madame :

Monsieur :

Née le : / /

Né le : / /

Adresse commune :

.....

Nous soussignés,

- Certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et justifiées lors de notre demande initiale sont toujours remplies pour cette tentative

- Déclarons :

- ne pas avoir voyagé au cours des 6 mois précédents dans l'un des pays ci-dessous (ECDC 19/12/17) et, en conséquence, donnons notre consentement pour bénéficier d'une insémination artificielle avec sperme de conjoint dans le cadre de notre projet parental.
- avoir voyagé au cours des 6 mois précédents dans l'un des pays ci-dessous et, en conséquence, sommes informés du report de notre prise en charge en AMP de 2 mois dans le cas où Madame revient d'une zone à risque, et de 3 mois dans le cas où Monsieur ou les deux sont concernés. De plus, une recherche directe du virus (RT-PCR) sera réalisée dans le sperme.

- **Amérique latine** : Cuba, Costa Rica, Nicaragua, Pérou, Jamaïque, République Dominicaine, Barbade, Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur, Panama, Paraguay, Porto Rico, Guatemala, Honduras, Mexique, Salvador, Venezuela, Surinam, Bahamas, Haïti, Guyane.
- **Miami, Golfe du Mexique et Antilles** sauf Saint Barthélémy, Martinique et Guadeloupe.
- **Asie** : Thaïlande, Malaisie, Vietnam, Philippines, Indonésie, Cambodge, Laos, Inde hors Rajasthan, Bangladesh, Papouasie Nouvelle Guinée, Fidji et Maldives.
- **Afrique sub-saharienne** : Burkina, Burundi, Cameroun, République Centre Afrique, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Nigeria, Sénégal, Angola, Ouganda et Cap Vert.

Fait le / / à

Madame

Monsieur