



## Autorisation de décongélation d'embryons - [S51]



*Merci de bien vouloir nous retourner l'autorisation dûment complétée et signée, soit par fax, par mail ou par courrier*

*Fax : 04 67 04 38 59*

*Mail : [amp@cl-st-roch.fr](mailto:amp@cl-st-roch.fr)*

*Courrier : Centre AMP Saint Roch – 550 rue du Colonel Pavelet – 34070 MONTPELLIER*

Nous soussignés Madame \_\_\_\_\_ née le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
et Monsieur \_\_\_\_\_ née le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conservant  
des embryons au Centre AMP St Roch à Montpellier, autorisons le laboratoire de FIV à décongeler les  
embryons pour le prochain transfert.

***!/! Lors du transfert, la présence de Monsieur est obligatoire.***

Après discussion et accord avec notre médecin référent, nous souhaitons le transfert de :

- 1 embryon
- 2 embryons.

Et de ce fait, nous autorisons la décongélation du nombre de paillettes nécessaires.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature (*précédée de lu et approuvé*)

Madame

Monsieur