

DEMANDE D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Nous, soussignés,

Nom de naissance :
 Nom utilisé :
 Prénoms :
 Né(e) le (jj/mm/aaaa) :/...../.....
 Tel Portable :

Nom de naissance :
 Nom utilisé :
 Prénoms :
 Né(e) le (jj/mm/aaaa) :/...../.....
 Tel Portable :

Adresse.....

Téléphone Fixe :

Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord une Assistance Médicale à la Procréation (AMP), pour notre couple le/...../.....

Certifions être dans un projet parental commun depuis le :/...../.....

Certifions ne pas être engagé avec une tierce personne

Certifions ne pas avoir de demande en cours dans un autre Centre d'AMP

Certifions avoir été informés :

- des alternatives à l'AMP, y compris de l'adoption,
- des différentes techniques d'AMP et de leurs conséquences,
- que les gestes de ponction et/ou de transfert d'embryon seront réalisés par le médecin homme ou femme prévu ce jour-là au planning.

Nous nous engageons à communiquer au centre toute modification d'adresse, de coordonnées téléphoniques ou de situation de notre couple tout au long de la prise en charge et pendant toute la durée de conservation légale de gamète(s) ou d'embryon(s).

Certifions avoir reçu les informations RGPD :

- Le Centre Sainte-Colette dispose d'un système informatisé, pour constituer votre dossier administratif et médical, gérer votre prise en charge, facturer les soins, assurer votre suivi et le management de la qualité du Centre.
- Seuls les professionnels dûment habilités au regard de leurs missions accèdent et traitent toute ou partie de vos données personnelles.
- Vos données sont conservées 40 ans conformément aux exigences réglementaires. Dans les limites prévues par la loi, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et de portabilité.

RÉUTILISATION DES RELIQUATS D'ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES ET DES DONNÉES DE SANTÉ POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION

À des fins de recherche dites recherches n'impliquant pas la personne humaine permettant d'améliorer les pratiques médicales, l'Hôpital Saint Joseph peut être amené à réutiliser les reliquats d'échantillons biologiques non utilisables (déchets de laboratoire) et les données de santé en découlant (données cliniques et biologiques du dossier médical) de ses patients de manière anonymisée sauf opposition expresse de votre part. Ces données personnelles seront traitées et collectées de manière à garantir leur confidentialité et leur sensibilité, elles deviendront des données de masse ne permettant aucune ré-identification du patient.

Sous réserve de l'accord de l'Hôpital Saint Joseph et l'application stricte de la réglementation en matière de transfert des données, ces données pourront être transférées à nos partenaires scientifiques, responsables des recherches (en France ou à l'étranger).

Conformément à la réglementation relative à la protection des données, vous pouvez demander des informations complémentaires sur l'utilisation et la réutilisation de vos données dans le cadre de la recherche et exercer votre droit d'opposition à celle-ci ou à une étude en particulier (rubrique recherche clinique de notre site internet ou contacter le Délégué à la Protection des Données par courriel à dpo@hopital-saint-joseph.fr ou par voie postale à l'adresse de l'hôpital)

Confirmons ce jour, APRÈS UN MOIS DE RÉFLEXION notre demande d'AMP.

Fait le, à.....

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé »

Nom :	Nom :	Cachet et signature du médecin
Prénom :	Prénom :	
Signature :	Signature :	