Eylau
SELAS Eylau
55 RUE SAINT DIDIER 75116 PARIS

Consentement d'autoconservation du sperme

Nom : …….. Prénom : ……

Date et lieu de naissance :……

Téléphone Domicile : …….. Téléphone Travail : ……...

Adresse précise :

……

……

Tout changement d'adresse devra immédiatement et impérativement être signalé

Au cours d'une AMP OUI ☐ NON ☐

Traitement stérilisant OUI ☐ NON ☐

CONDITIONS

1 - La demande de conservation du sperme est strictement personnelle.

2 - Le laboratoire d'Eylau effectue la congélation et assure la conservation du sperme pour une durée d'un an renouvelable.

3 - Le sperme conservé ne sera remis qu'au dépositaire présent et consentant, ou à sa conjointe dûment mandatée.

4 - Le laboratoire d'Eylau ne peut garantir la qualité du pouvoir fécondant du sperme conservé.

5 - Sur demande du seul dépositaire ou à l'issue du délai de conservation, le sperme sera détruit.

Je soussigné Monsieur Nom : ……..……. Prénom : …….

☐ AUTORISE

☐ N'AUTORISE PAS

Ma conjointe Madame Nom : ……..……. Prénom : …….

A retirer et à utiliser mes paillettes de sperme congelé dans le cas d'une assistance médicale à la procréation intra conjugale.

Fait à ……, Signature,

Le lu et approuvé

NB : Délai légal de conservation : **3 ans**. Au delà de ce délai et sans nouvelle de votre part, les paillettes ne seront plus conservées.

Le paiement effectué ce jour correspond aux frais de stockage d'1 an, il vous sera demandé un règlement de 41,16 € par année supplémentaire (J.O. du 26/01/2000).

Joindre : Les Sérologies (HIV, HBS, HCV et BW) de moins de 1 an + Photocopie des pièces d'identité.

Mise en application : 01.10.2006

N° de dossier : ……

Monsieur Nom – Prénom :……..

Date de naissance : …….

Madame Nom – Prénom :……...

Date de naissance : …….

Docteur : …… Tél. : ……..

Abstinence : ……. Jours

Sérologie :

- HIV : ……
- HBS : ……
- HCV : ……
- BW : ……