MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL DU GYNECOLOGUE POUR AMP A L'ETRANGER

Le médecin peut compléter le document ci-après ou rédiger le certificat sur son ordonnance habituelle.

Ce certificat sera transmis avec l'ensemble des éléments demandés, par l'assuré au CNSE, à l'adresse suivante :

CPAM du Morbihan – CNSE – Médecin conseil
TSA 99 998
56003 Vannes Cedex
FRANCE

Pour rappel, liste des documents à fournir en plus de ce certificat pour permettre l'examen de votre demande :

- **Les comptes rendus médicaux des soins déjà réalisés en France et à l'étranger,** en lien avec l'assistance médicale à la procréation et résultats biologiques de l'hormone bêta-HCG (βHCG) ;
- **En cas de demande diagnostic pré-implantatoire (DPI)** : un certificat médical établi par un médecin exerçant son activité dans un centre pluridisciplinaire français de diagnostic prénatal (CPDPN). Pour rappel, cette instance médicale doit valider le principe du DPI pour la maladie que vous ou votre conjoint êtes susceptibles de transmettre. Ce certificat doit donc mentionner l'indication médicale et la date à laquelle le CPDPN s'est prononcé et son avis ;
- **Le devis nominatif détaillé** en cours de validité de l'établissement choisi ;
- Le cas échéant, **l'autorisation d'exportation des gamètes** délivrée par l'Agence de biomédecine ;

DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom : …….. Prénom : ……

Date de naissance ……. NIR : ……

Situation parentale : ☐ Femme seule

☐ En couple avec : Nom : ……
Prénom : ……
NIR : ……

LIEU DE REALISATION DES SOINS SOUHAITE PAR L'ASSUREE

Pays : ……

Ville : ……

Nom de l'établissement : ……

CERTIFICAT MEDICAL

A – ANTECEDENTS D'ACTES DE PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE REMBOURSES :

- **Nombre de FIV avec transfert(s) d'embryon(s) :** ☐

Les tentatives ont-elles abouti à une grossesse (menée ou non à terme) Non ☐ Oui ☐,
Si oui : précisez le ou les rangs des tentatives : ……..

- **Nombre d'insémination(s) artificielles(s) :** ☐

Les tentatives ont-elles abouti à une grossesse (menée ou non à terme) Non ☐ Oui ☐,
Si oui : précisez le ou les rangs des tentatives : ……..

B- TECHNIQUE REQUISE (COCHER UNE SEULE CASE) :

☐ Insémination artificielle avec donneur ☐ Insémination artificielle avec sperme du conjoint

☐ FIV intraconjugale ☐ FIV don de sperme ☐FIV don d'ovocyte

☐ FIV double don ☐ Accueil don d'embryon ☐ Transfert d'embryon congelé issu de la FIV du ……/……/…..

Indications médicales (examens cliniques ou paracliniques) : ……
……
……

C – DIAGNOSTIC PRE-IMPLANTATOIRE (DPI) :

- **Un diagnostic pré-implantatoire est-il indiqué ?** ☐ Oui ☐Non

Indication médicale : ……
……

L'indication a-t-elle été validée par un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal ? ☐ Oui ☐ Non

D- TECHNIQUE(S) COMPLEMENTAIRE(S) ASSOCIEE(S) (réchauffement ovocytaire, DPI typage HLA…) :

……
……

E- MOTIF DE REALISATION DES SOINS A L'ETRANGER :

……
……

Je soussigné(e) Docteur …… certifie l'absence de contre-indication médicale à la réalisation de la technique et la délivrance de toutes les informations concernant la technique.

Date Signature Cachet