



## Demande de cryoconservation d'ovocytes

**Nom et prénom :** ..... **CIN :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Téléphone :** .....

**Domicilié à :** .....

**Médecin traitant :** .....

Je déclare avoir demandé au Centre de Fertilité L'Hermitage une cryoconservation d'ovocytes pour la raison suivante :

- Traitement avant FIV ou IAC
- Traitement de Chimiothérapie ou de radiothérapie
- Pour convenance personnelle
- Préservation de fertilité
- Autres : .....

Fait à ..... Le : ...../...../.....

**Signature**

**Pieces à Joindre :**

- Les Sérologies (HIV, HBS, HCV) de moins de 1 an
- Une Copie de la carte d'identité nationale

