

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL DU GYNÉCOLOGUE POUR AMP À L'ÉTRANGER

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'assurée au CNSE, à l'adresse suivante :

CPAM du Morbihan - CNSE - Médecin conseil
Rue Alexandra- David- Neel
CS 80330
56 018 Vannes Cedex

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 lien avec l'assistance médicale à la procréation et résultats biologiques de l'hormone bêta-HCG (β hCG) ;
- **en cas de demande de 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 en cours de validité de l'établissement choisi ;
- le cas échéant, **l'autorisation d'exportation des gamètes** délivrée par l'Agence de biomédecine ;

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Nom : Prénom :

Date de naissance : NIR :

Situation parentale : Femme seule En couple avec Nom/ prénom/ date de naissance /NIR :

.....

LIEU DE RÉALISATION DES SOINS SOUHAITÉ PAR L'ASSURÉE

Pays :

Ville :

Nom de l'établissement :

ATTESTATION MÉDICALE

A - ANTÉCÉDENTS D'ACTES DE PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE REMBOURSÉS :

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

Si nombre ≥ 1 , la ou les tentatives ont-ils abouti à une grossesse (menée ou non à terme) :

Non Oui , si oui : précisez le ou les rangs des tentatives :

- **Nombre d'insémination(s) artificielle(s) :**

Si nombre ≥ 1 , la ou les tentatives ont-ils 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 FIV intraconjugale FIV don de sperme
- Insémination artificielle avec sperme du conjoint
- FIV Don d'ovocyte FIV double don Accueil don d'embryon

Indications médicales :

.....

C - DIAGNOSTIC PRÉIMPLANTATOIRE (DPI)

- **Un diagnostic préimplantatoire est-il indiqué ?** oui non

Si oui, précisez l'indication médicale :

.....

L'indication a-t-elle été validée par un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal?

- oui => joindre l'attestation du CPDPN non

- **Un DPI associé à un typage HLA est-il indiqué ?** oui non

Si oui, une demande a-t-elle été adressée à l'agence de biomédecine ? oui non

D - MOTIFS DE RÉALISATION DES SOINS À L'ÉTRANGER :

.....

Je soussigné(e) Docteur..... certifie :

- l'absence de contre-indication médicale à la réalisation de la technique.

Date

Signature

Cachet