

## 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**  
**Rue Alexandra David-Neel**  
**CS 80330**  
**56018 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 France et à l'étranger**, en lien avec l'assistance médicale à la procréation et résultats biologiques de l'hormone bêta-HCG ( $\beta$ HCG) ;
- **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) :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insémination artificielle avec donneur | <input type="checkbox"/> Insémination artificielle avec sperme du conjoint               |
| <input type="checkbox"/> FIV intraconjugale                     | <input type="checkbox"/> FIV don de sperme   |
| <input type="checkbox"/> FIV double don                         | <input type="checkbox"/> Accueil don d’embryon   |
|   | <input type="checkbox"/> FIV don d’ovocyte   |
|   | <input type="checkbox"/> 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