



LA  
BANQUE  
OÙ TOUT  
COMMENCE

**DEMANDE DE CESSION POUR DES OVOCYTES VITRIFIÉS DE DONNEUSE À DES FINS REPRODUCTIVES**

Date: Jour  Mois  Année

**CLINIQUE DANS LAQUELLE VOUS EFFECTUEREZ LE TRAITEMENT**

Nom   
adresse   
adresse e-mail

**MÉDECIN OU BIOLOGISTE RESPONSABLE**

Prénom et nom de famille:   
Téléphone de contact:   
Adresse e-mail:

**COORDONNÉES DE LA RECEVEUSE**

Code d'identification de la patiente:   
Âge receveuse:   
Race receveuse:   
Groupe sanguin receveuse:   
RH receveuse:   
Couleur de peau receveuse:   
Couleur des cheveux receveuse:   
Nature des cheveux:   
Couleur des yeux receveuse:   
Taille receveuse:   
Poids receveuse:   
Antécédents obstétricaux:

**COORDONNÉES DU CONJOINT DE LA RECEVEUSE  
(EN CAS DE L'AVOIR)**

Âge conjoint:   
Race conjoint:   
Groupe sanguin conjoint:   
RH conjoint:   
Couleur de peau conjoint:   
Couleur des cheveux conjoint:   
Nature des cheveux:   
Couleur des yeux conjoint:   
Taille conjoint:   
Poids conjoint:

Nombre d'ovocytes destinés au couple:

Matching génétique: Oui  Non

Si vous avez marqué la case OUI, vous devez savoir que votre conjoint devra réaliser l'analyse génétique à la clinique Ginemed ou dans un des laboratoires que nous lui indiquons. Le "Matching génétique" suppose un coût supplémentaire.

Commentaires (Caractéristique spéciale/technique de vitrification spéciale):

Transport à charge de la Banque d'ovocytes de Ginemed: Oui  Non

Collectif spécifique: