



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

DONNÉES DU DEMANDANT

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:

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: