



Consentement fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes et décondensation de la chromatine

Monsieur Nom – Prénom :

Date de naissance :

Madame Nom-Prénom :

Date de naissance :

Tél domicile :

Tel portable / travail :

Je, soussigné, ai été informé par le Dr de la nature et des buts des examens qui vont être réalisés sur le prélèvement qui va m'être effectué. J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et que les résultats de ce bilan et toutes informations me concernant soient légalement conservées dans le respect du secret médical.

Fait à, le

Signature du patient

INDICATIONS :

Antécédents de la conjointe : IIU Nbre : FIV Nbre :
 ICSI Nbre :
 Fausse(s) couche(s) Nbre :