



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 portable :

Adresse mail :

Je soussigné, ai été informé par le Drde la nature et les 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.

J'ai pris connaissance que les analyses suivantes ne sont pas prises en charge et accepte de les régler :

- Fragmentation de l'ADN spermatique 98,50 €
- Décondensation de la chromatine 55,00 €

Fait à, le
Signature du patient.

INDICATIONS :

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