



Reconduction des consentements précédents	<i>Rédacteur : Célia André</i>
FE-MEDI-059 – version 04	<i>Vérificateur : Romain Imbert</i>
<i>Date d'application : 29/06/2026</i>	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Formulaire de consentement éclairé

Reconduction des consentements précédemment signés

Ce formulaire a été donné à/aux auteur(s) du projet parental le ____/____/____ par le Dr _____

Signature:

Le(s) auteur(s) du projet parental :

Le/la patient(e) : NOM – Prénom : Date de naissance : ____/____/____ Adresse : Etiquette Patient(e) – A ajouter le jour de l'acte	Partenaire (si applicable) : NOM – Prénom : Date de naissance : ____/____/____ Adresse : Etiquette partenaire (si applicable) – A ajouter le jour de l'acte
---	---

Le(s) auteur(s) du projet parental a/ont été informé(s) que les consentements utilisés au sein du centre PMA du CHIREC n'ont pas été modifiés depuis la signature de ces consentements. J'ai/Nous avons eu la possibilité de consulter ces documents. Je/Nous ne souhaite/souhaitons pas modifier les informations contenues dans ce(s) consentement(s) et je/nous marque/marquons mon/notre accord pour les points qui y étaient mentionnés.

<u>Le/la patient(e) :</u> Date de l'acte : ____/____/____ Signature :	<u>Partenaire (si applicable) :</u> Date de l'acte : ____/____/____ Signature :
<u>Le médecin :</u> Date de l'acte : ____/____/____ Signature : Cachet :	

Consentement fait en un exemplaire, disponible pour le(s) patient(s) dans le dossier médical.

Vérification de la présence des consentements originaux :

Par : _____ Date : ____/____/____

Signature :