

# SERVICE d'A.M.P. Aide Médicale à la Procréation HOPITAL BICHAT CLAUDE BERNARD



46, rue Henri Huchard  
75018 PARIS

**01.40.25.74.34 (de 8h00 à 12h30)**

**Mail : [amp.accueil.bch@aphp.fr](mailto:amp.accueil.bch@aphp.fr)**

Vous souhaitez faire une inscription au service d'AMP de l'hôpital BICHAT et nous vous remercions de votre confiance.

## Documents nécessaire pour l'étude de votre demande :

- Questionnaire ci-joint
- Carte d'identité de Madame
- Carte d'identité partenaire
- Carte vitale de Madame,
- Carte vitale partenaire
- Attestation de droit à l'assurance maladie pour chacun
- Votre mutuelle,
- Si possible lettre de votre médecin.
- Si possible les examens complémentaires réalisés ou les comptes rendus des prises en charges en AMP ultérieures

A l'attention de la/des personnes demandeuse.s d'une prise en charge en AMP

- L'AME (aide médicale d'état) ne permet pas de prendre en charge le couple en AMP (pas de prise en charge dans notre centre).
- Tout dossier incomplet ne sera pas traité. Le dossier doit être complet pour obtenir une réponse de la part du centre.
- Nous attirons votre attention qu'un avis défavorable de prise en charge peut être établi après étude de votre dossier et que toute proposition de rendez-vous ne veut pas dire obligatoirement une prise en charge dans le service.
- En cas de prise en charge acceptée, merci d'apporter l'ensemble des documents en version papier lors de la consultation avec le médecin (les examens complémentaires d'AMP, comptes rendus opératoires et ceux de votre suivi gynécologique (échographies, frottis +/- mammographie, etc...)).
- Nous vous recommandons de consulter les sites suivants pour connaître les démarches et conseils en vue d'une grossesse et de l'infertilité
  - <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/desir-d-enfant-grossesse>
  - <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite>
  - <https://www.procreation-medicale.fr/>

*Nous allons étudier votre demande, une réponse vous sera donnée sous un délai de trois semaines après le dépôt de votre dossier.*

Merci de votre compréhension et de votre patience.

**NB** : Notre centre ne réalise pas à ce jour de préservation de la fertilité (autoconservation de gamète), il faut se mettre en lien avec les centres agréés (cf site <https://www.cecos.org/>)

## Demande de consultation en Assistance Médicale à la Procréation

Type de demande : Date de la demande : .....

- AMP couple hétérosexuel
- AMP avec demande don de sperme :  couple de femme /  Femme non mariée
- Autoconservation de gamètes (Préservation de Fertilité):  Femme /  Homme

	Madame	Partenaire <input type="checkbox"/> Monsieur / <input type="checkbox"/> Madame
Nom d'usage		
Nom de Naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Portable		
Prise en charge		
Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mutuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
CMU (complémentaire)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AME	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà consulté à L'APHP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si, oui avez-vous un numéro d'identification NIP ou IPP à 10 chiffres :  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si, oui avez-vous un numéro d'identification NIP ou IPP à 10 chiffres :  _ _ _ _ _

Avez-vous des difficultés de compréhension du français ?  oui  non

### VOUS SOUHAITEZ UN RENDEZ-VOUS

- Avec un médecin spécifique : Dr .....
- Le plus tôt possible
- Avec un médecin disponible entre le..... et le .....

### QUI VOUS A ADRESSÉS AU CENTRE D'AMP DE BICHAT ?

- Un autre médecin spécialiste : Dr .....
- Mon médecin traitant : Dr .....
- Autre : .....

Courrier de votre médecin

oui  non

### POUR POUVOIR MIEUX VOUS ORIENTER, MERCI DE NOUS SIGNALER :

- Présentez-vous et/ou votre conjoint.e une infection virale (hépatite B, hépatite C, ou VIH) ?  oui  non
- Avez-vous d'autres maladies particulières ?  oui  non Si oui, lesquelles .....
- Prenez-vous un traitement ?  oui  non Si oui, lequel ou lesquels : .....
- Avez-vous déjà consulté un autre centre d'AMP  oui  non (Si oui, merci de fournir au secrétariat une copie de tous les comptes-rendus des éventuelles tentatives effectuées.)

Cadre réservé au service	Répondu le :
Réponse <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable <input type="checkbox"/> demande d'informations complémentaire :	
RDV le : <span style="float: right;">Avec</span>	