

Formulaire international d'enregistrement de naissance d'identification du donneur

Les cases grises () doivent être remplies.

Félicitations! Nous avons récemment reçu un rapport de votre grossesse suite à l'utilisation de spermatozoïdes d'un donneur de Fairfax Cryobank, Inc. (ci-après connue sous le nom de Cryobank), qui avait été obtenu de () (nom de compagnie). Puisque cette grossesse résultait d'identification du donneur conformément à la Convention originalement signée au moment de votre commande, vous **DEVEZ** inscrire la naissance de votre enfant auprès de Cryobank afin que cet enfant à l'âge de 18 ans au plus puisse recevoir l'information quant à l'identification du donneur. **La simple utilisation de liquide séminal d'identification du donneur ne permet pas l'accès à l'Information d'identification. Pour assurer que l'Information d'identification du donneur sera fournie, vous devez fournir les informations ci-après demandées et retourner ce formulaire d'enregistrement à Cryobank à la naissance de votre enfant ou avant que celui-ci n'atteigne l'âge de 18 ans. Si vous choisissez de ne pas enregistrer votre enfant, le donneur demeurera anonyme et votre enfant ne sera pas en mesure d'avoir accès à l'information d'identification lorsqu'il aura atteint 18 ans ou plus.** L'information fournie ci-dessous est confidentielle et ne sera utilisée que si votre enfant fait la demande d'Information d'identification concernant le donneur.

Information du parent :

()
Signature du récipiendaire

()
Nom en lettres moulées (nom de famille/prénom)

()

Adresse

()
Ville, province, pays, code postal

()
Numéro de téléphone de jour

Médecin qui a effectué ou surveillé l'insémination ou la procédure de transfert d'embryon :

()
Nom en lettres moulées

()
Nom de la clinique

()
Adresse

()
Ville, province, pays, code postal

()
Numéro de téléphone

Date de l'insémination ou du transfert de l'embryon frais ayant résulté en cette grossesse ____/____/____
jj / mm / année

Est-ce que des embryons ont été créés et congelés en vue d'une tentative de grossesse? Oui Non

Cette grossesse est-elle le résultat d'un transfert d'embryons antérieurement congelés? Oui Non

Si oui, quand ont-ils été créés? _____ / _____
mm / année

Donneur Cryobank n° _____ Marque : FAIRFAX CLI

Information sur l'enfant :

L'enfant 1

Nom (nom de famille / prénom)

_____/_____/_____
Date de naissance jj / mm / année

Sexe : [] Mâle [] Femelle

N° ass. soc. ou copie du cert. de naissance

L'enfant 2 (le cas échéant)

Nom (nom de famille / prénom)

_____/_____/_____
Date de naissance jj / mm / année

Sexe : [] Mâle [] Femelle

N° ass. soc. ou copie certificat de naissance

Retourner ce formulaire à : Fairfax Cryobank, Inc.
À l'attention de : Programme d'identification de donneur
3015 Williams Drive, Ste 110
Fairfax, VA 22031 USA

À l'usage du bureau seulement :
Date de réception du formulaire _____
Commande/donneur vérifiés _____
Médecin confirmé _____