

## Formulaire d'enregistrement de naissance Option d'identification internationale

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'un donneur avec Options d'identification 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 du donneur à Options d'identification 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 / aaaa

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 / aaaa

Donneur Cryobank n° \_\_\_\_\_    Marque :     FAIRFAX     CLI

**Information sur l'enfant :**

**L'enfant 1**

\_\_\_\_\_

Nom (nom de famille / prénom)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de naissance jj / mm / aaaa

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 / aaaa

Sexe :    [ ] Mâle    [ ] Femelle

\_\_\_\_\_

N° ass. soc. ou  copie certificat de naissance

**Retourner ce formulaire à :**    Fairfax Cryobank, Inc.  
À l'attention de : Identity (ID) Option Program  
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 \_\_\_\_\_