



**Centre d'Assistance  
Médicale à la Procréation**

Service de Gynécologie  
Pr R. DE TAYRAC

Praticiens Hospitaliers  
Pr P. MARES  
Dr S. RIPART-NEVEU  
Dr M.L. TAILLAND  
Dr V. LETOUZEY  
Dr C. MARSOLLIER-FERRER

Médecins attachés en AMP  
Dr J. DAQUIN  
Dr O. POUGET

Sages Femmes AMP  
Mme V. FABREGUES  
Mme G. PASCAL

Psychologue Mme D. GAZEILLES

Consultations : 04 66 68 32 18  
Secrétariat AMP : 04 66 68 32 20  
Sec.amp@chu-nimes.fr  
Urgences gynéco : 04 66 68 32 15  
Sage Femme AMP : 04 66 68 30 12

**Laboratoire d'AMP et de  
Biologie de la Reproduction**

Chef de service  
Pr. Thierry LAVABRE BERTRAND

Praticiens Hospitaliers  
Dr Nathalie ROUGIER  
Dr Sophie POIREY  
Dr Julien SIGALA

Secrétariat  
Tel : 04.66.68.32.24  
Fax : 04.66.68.40.11  
sec.labo.amp@chu-nimes.fr

**CENTRE HOSPITALIER  
REGIONAL UNIVERSITAIRE**  
Place du Professeur Robert Debré  
30029 NIMES Cedex 9 – France  
Standard : 04 66 68 68 68  
[www.chu-nimes.fr](http://www.chu-nimes.fr)

EPMA023B

Nîmes, le

**INFORMATION RELATIVE AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIRUS ZIKA**

Nous soussignés,

Madame (*inscrire le prénom, le nom de jeune fille, puis le nom d'épouse*)

Née le :

Monsieur (*inscrire le prénom, le nom*)

Né le :

confirmons avoir été informés des recommandations de l'Agence de Biomédecine (dernières recommandations en vigueur) concernant la prise en charge des patients ayant voyagés dans une zone à risque d'infection par le virus Zika

confirmons ne pas avoir voyagé dans une zone à risque au cours des 6 derniers mois

confirmons avoir voyagé dans une zone à risque au cours des 6 derniers mois et en avoir prévenu l'équipe médicale du centre d'AMP. Dans ce cas, notre prise en charge a été réalisée selon les recommandations de l'Agence de Biomédecine (version en vigueur).

Précisez le pays visite : .....

Remarque médecin :

Fait à .....Le .....

(Signatures des deux membres du couple précédées de la mention « lu et approuvé »)

Madame :

Monsieur :