



CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés

Madame

Monsieur

NOM :

NOM :

NOM de naissance :

NOM de naissance :

PRENOMS :

PRENOMS :

Née le :

Né le :

Adresse commune :

Téléphone :

Certifions que les conditions (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies ;

Et consentons à un acte d'insémination intra-utérine avec sperme de conjoint (IAC) ;

Confirmons avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les risques potentiels liés à ce type de technique.

Fait à : _____ Le : _____

Signature Madame _____ Signature Monsieur : _____

PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif susceptible de retentir sur votre prise en charge.