

## CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA UTERINE

Nous soussignés,

**Madame :** \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Née le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Monsieur :** \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de portable Mme : \_\_\_\_\_ N° de portable M. : \_\_\_\_\_

Email : .....@.....

**Certifions** : Que les conditions de couple requises, définies dans la demande initiale, pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.

**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.

### **Consentons** :

A l'acte d'insémination intra-utérine entre conjoints (**IIU**).

A l'acte d'insémination intra-utérine avec tiers donneur (**IIU-D**).

***Dans le cas d'une tentative d'AMP avec tiers donneur, nous certifions avoir donné notre consentement devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil.***

*Ce consentement implique la stimulation ovarienne, l'ensemble des actes biologiques pour la technique d'AMP envisagée et l'acte d'insémination.*

***Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP, à chacune des étapes de notre prise en charge, de toute modification concernant notre situation familiale ou notre lieu de résidence.***

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature

**Madame\***

Signature

**Monsieur\***

Document à retourner au centre AMP

**\*Signature obligatoire des deux membres du couple**