

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

21 RUE MOXOURIS 78150 LE CHESNAY ☎ 01.39.54.44.51 ✉ amp@laboratoire-parly2.com
<https://www.laboratoire-parly2.com/>

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA UTERINE

Nous soussignés,

Madame : _____

Monsieur : _____

Nom d'usage : _____

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Née le : ____/____/____

Né le : ____/____/____

N° de portable Mme : _____

N° de portable M. : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Mail Mme : _____

Mail Mr : _____

Confirmons avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et reconnaissons avoir reçu une information éclairée suffisante et conforme aux recommandations.

Certifions que les conditions de couple requises, justifiées lors de notre demande, sont toujours remplies ; et que nous ne sommes pas engagés matrimonialement avec une tierce personne.

Donnons notre consentement pour bénéficier d'une insémination intra utérine avec sperme :
 du conjoint **de donneur**

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

Nous nous **engageons** à informer l'équipe pluri-disciplinaire de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence survenant au cours de notre prise en charge.

Confirmons avoir pris connaissance du montant à régler mentionnant les éventuels frais non remboursés par la sécurité sociale (Devis)

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

Fait à _____, le ____/____/____

Signatures des deux membres du couple précédées de la mention « Lu et approuvé ».

Madame

Monsieur

Document signé à retourner impérativement au centre AMP avant tout début de traitement