

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous soussignés,

Madame	Monsieur
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille:	Prénom :
Née le	Né le
Adresse commune:	
Tel :	Tel :

Certifions que les conditions de couple (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 du 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.

Rang N°	Rang N°	Rang N°
Date :	Date :	Date :
Signature Madame :	Signature Madame :	Signature Madame :
Signature Monsieur :	Signature Monsieur :	Signature Monsieur :
Rang N°	Rang N°	Rang N°
Date :	Date :	Date :
Signature Madame :	Signature Madame :	Signature Madame :
Signature Monsieur :	Signature Monsieur :	Signature Monsieur :

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

