

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés,

Madame : Monsieur :
Nom de jeune fille :
Prénoms : Prénoms :
Née le : Né le :
Adresse commune :
.....
..... Tél :

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.

- Nous attestons de l'absence de voyage depuis 1 an** dans un pays tropical qui pourrait être touché par le virus du ZIKA : Asie du Sud, Indonésie, Afrique Centrale, Amérique Latine, Amérique du Sud, Iles tropicales.
 - Dans le cas contraire, vous devez en parler à votre médecin AVANT toute AMP.

Fait à, le

Madame,

Monsieur,

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