

**CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE  
AVEC TIERS DONNEUR**

**Nous, soussignées,**

Madame : ..... Madame : .....  
Nom de jeune fille : ..... Nom de jeune fille  
Prénoms : ..... Prénoms : .....  
Née le : ..... Née 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 tiers donneur (IAD)**

*Dans ce cas, nous certifions avoir donné notre consentement à l'insémination intra-utérine avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil*

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,

Madame,

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