

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

Je soussignée,

Madame :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Née le :

Adresse:

.....

.....

Tél :

Certifie que les conditions (*définies dans la demande initiale*) requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies

Et consens à un acte d'insémination intra-utérine avec tiers donneur (IAD)

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

Confie 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.

J'atteste 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,

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