



**CONSENTEMENT EN VUE D'UNE
INSEMINATION INTRA-UTERINE**

Nous, soussignés,

Madame

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénoms :

Née le :

Adresse commune :

Tél. fixe :

Monsieur

NOM :

Prénoms :

Né le :

Tél. Portable :

Certifions que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande en date dusont toujours remplies ;

Et consentons à un acte d'insémination intra-utérine avec sperme de 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.

Fait à :

Le :

Signatures

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.