

CONSETEMENT D'INSEMINATION INTRA UTERINE

INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

SI CONJOINT(E) : Informations le ou la concernant :

Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ Date de naissance ___ / ___ / ___
Téléphone : _____ Mail : _____
Adresse : _____

Conformément au Décret n°2016-273 du 4 mars 2016 relatif à l'Assistance Médicale à la Procréation et aux articles L.1111-2 à L.1111-4 du Code de la Santé Publique, relatifs au consentement éclairé des patients ;

Ce consentement inclut partiellement ou en totalité la réalisation, avec mon/ notre accord après information donnée par les équipes médicales, des étapes suivantes : la stimulation de l'ovulation, le traitement du sperme frais ou congelé, et l'insémination intra utérine ;

Certifie/ certifions que les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies et donne/ donnons mon/ notre consentement en vue d'une tentative d'Assistance Médicale à la Procréation par insémination intra utérine ;

Reconnais/reconnaissons avoir bien compris l'information donnée sur les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation : principes, mise en œuvre, possibilités de réussite et d'échec, risques ;

Confirme/ confirmons notre demande d'INSEMINATION INTRA UTERINE.

Fait à _____ Le : ___ / ___ / _____

Signature du patient :

Précédée de la mention «lu et approuvé »

Signature du/de la conjoint(e) :

Précédée de la mention «lu et approuvé »