

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE IIU

Nous soussignés,

<p>Madame,</p> <p>Nom</p> <p>Nom de jeune fille</p> <p>Prénoms</p> <p>Née le</p>	<p>Monsieur,</p> <p>Nom</p> <p>Prénoms</p> <p>Né le</p>
<p>Adresse commune :</p> <p>.....</p>	
<p>Téléphone fixe</p> <p>Téléphone portable</p>	<p>Téléphone fixe</p> <p>Téléphone portable</p>

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.

Fait à

Signature Madame

le

Signature Monsieur

Il est impératif de signaler au centre tout événement médical ou tout changement administratif (adresses, tel..) susceptible de retentir sur votre prise en charge.