

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

Je soussignée,

Madame (nom de naissance) :

Prénom :

Née le :

Adresse :

.....

Adresse mail :

Téléphone :

- ✓ Certifie que les conditions (définies dans ma demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) sont toujours remplies.
- ✓ **Et consens à un acte d'insémination intra-utérine.**

Dans le cas où l'insémination fait appel à un tiers donneur, 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.

- ✓ Confirme 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 (en particulier sur le risque de survenue de grossesse multiple avec ses complications éventuelles).

Date :

Signature

Madame :