



CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE en période COVID-19

Nous soussignés,

Madame : **Monsieur** :
Nom de jeune fille :
Prénoms : Prénoms :
Née le : Né le :
Adresse commune :
.....
Adresse mail :
Téléphone : Téléphone :

✓ Certifions que les conditions de couple (définies dans notre demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP) sont toujours remplies

✓ **Et consentons à un acte d'insémination intra-utérine**

Dans le cas où l'insémination fait appel à un tiers donneur, nous certifions avoir donné notre consentement à l'insémination intra-utérine avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil

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

✓ **Attestons avoir été informés des risques liés à la circulation du virus Covid-19 et acceptons de recourir à une AMP dans ces conditions** (plus d'informations sur www.procreation-medicale.fr). Nous nous engageons à respecter les consignes de sécurité sanitaires transmises par les Autorités de Santé et à déclarer sans délai l'apparition de tout symptôme à l'équipe médicale. Nous sommes sensibilisés sur la possibilité d'une annulation de notre prise en charge à tout moment de notre parcours si la situation sanitaire le nécessitait à nouveau ou en cas d'apparition de symptômes chez l'un de nous deux.

Date

Signature

Madame,

Monsieur,