HOPITAL JEANNE DE FLANDRE
Clinique de Gynécologie

Service d'Assistance Médicale à la procréation
Et de Préservation de la Fertilité
Docteur Christine Decanter
Secrétariat :
☎ : 03 20 44 68 97 - Fax : 03 20 44 66 43
Suivi de Stimulation
03 20 44 50 40

CONSENTEMENT en vue d'INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés.

MADAME …….. Epouse ……..……
Prénom …… Née le ……...

MONSIEUR ……...
Prénom …… Né le ……

DOMICILIES : ……..
Téléphone : ……

- Certifions avoir demandé spontanément et d'un commun accord, une **Assistance Médicale à la Procréation** pour notre couple le ……
(date de la 1ère consultation)

- Certifions être mariés depuis le ……
ou vivre en concubinage depuis plus de 2 ans. (depuis le ……..)

- 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

- Reconnaissons avoir reçu un dossier guide comportant le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'Assistance Médicale à la Procréation et l'adoption

- Certifions avoir pris connaissance des conditions du transfert d'informations nominatives à l'Agence de Biomédecine

- Confirmons notre demande d'**INSEMINATION INTRA-UTERINE**

Fait à Lille, le …… (au moins 1 mois après la 1ère consultation)

SIGNATURES : **MADAME** **MONSIEUR**