

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE (IIU)

Je/nous, soussigné(s) :

Nom.....Nom de naissance.....

Prénom.....Né(e) le.....

Téléphone :

Nom.....Nom de naissance.....

Prénom.....Né(e) le.....

Téléphone :

Adresse :

.....

- Certifie/certifions avoir demandé spontanément une Assistance Médicale à la Procréation
le..... (date de la 1^{ère} consultation),

- 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,

- Reconnais/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,

- Certifie/certifions avoir bien pris connaissance des conditions du transfert d'informations nominatives à l'Agence de
la Biomédecine (ABM).

- Confirme/confirmons la demande d'**INSEMINATION INTRA-UTERINE**,

Fait à, le / / (au moins 1 mois après la 1^{ère} consultation)

SIGNATURE(S)