

## 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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> consultation*)

**SIGNATURE(S)**