

# Consentement éclairé

## pour une Insémination Artificielle Intra-Utérine pour le couple

Nous, soussigné (e) s,

**Madame :** Nom de naissance ..... Nom Usuel : .....  
Prénom : ..... Date naissance : ...../...../.....

**Conjoint (e) :** Nom ..... Date naissance : ...../...../.....  
Prénom : .....  
demeurant.....

**donnons notre accord, pour avoir recours à une tentative AMP par Insémination Artificielle Intra-Utérine avec sperme du conjoint ou d'un tiers donneur selon le consentement éclairé pour une Assistance Médicale à la Procréation**

### certifions :

- Disposer des conditions légales requises (définies dans la demande initiale) pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation,
- 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,
- Informer l'équipe du centre AMP de tout changement dans notre situation familiale et notre lieu de résidence.

### *Ce consentement implique :*

- *La stimulation de l'ovulation,*
- *Le traitement du sperme,*
- *L'insémination intra-utérine.*

- **En l'absence d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport valide) valide d'un des deux membres du couple, l'insémination intra-utérine ne pourra avoir lieu.**

Le ...../...../.....

**Signatures des deux membres du couple :**

Madame

Conjoint (e)