

Consentement éclairé

pour une Insémination Artificielle Intra-Utérine pour femme seule

Je, soussignée,

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

donne mon accord, pour avoir recours à une tentative AMP par Insémination Artificielle Intra-Utérine avec sperme d'un tiers donneur selon le consentement éclairé pour une Assistance Médicale à la Procréation

certifie :

- 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 de mon lieu de résidence.

Ce consentement implique :

- *La stimulation de l'ovulation,*
- *L'insémination intra-utérine.*

- **En l'absence de ma pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport valide), l'insémination intra-utérine ne pourra avoir lieu.**

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

Signature :