
Consentement pour une technique d'Assistance Médicale à la Procréation

Nous soussignés,

MADAME

Conjoint 1 (conjoint destiné à porter l'enfant)

Nom marital.....

Nom de naissance.....

Prénoms

Née le

Portable conjoint 1

MONSIEUR / MADAME

Conjoint 2

Nom de naissance.....

Prénoms

Né(e) le

Portable conjoint 2.....

Nous nous engageons à informer l'équipe du centre d'AMP de tout changement dans notre situation familiale et/ou notre lieu de résidence.

Certifions:

- Que les conditions du couple (définies dans la demande initial) requises pour bénéficier d'une AMP sont toujours remplies.
- Avoir reçu une information claire et appropriée sur les chances de réussite, les effets secondaires et les potentiels liés à la technique proposée.
- Avoir assisté à une réunion d'information avant la FIV
- Avoir eu connaissance des chances de réussite à d'échec de la technique choisie, de la pénibilité et des contraintes inhérentes, notamment d'ordre matériel, financier ou psychologique.

Et par conséquent, nous donnons notre consentement pour (cocher la technique retenue) :

- Insémination intra-utérine intraconjugale
- Insémination intra-utérine avec tiers donneur (*dans ce dernier cas, nous certifions avoir donné notre consentement à l'insémination intra-utérine avec tiers donneur devant un juge ou un notaire, conformément à l'article 311.20 du code civil*)

Nous sommes informés que, en vertu de la loi 94-654 du 29 Juillet 1994,

Notre projet parental doit être réalisé dans un délai de 5 ans,

Signature des 2 membres du couple, précédée de la mention « lu et approuvé »

Conjoint 1, le/...../.....

Conjoint 2, le/...../.....

Nom du médecin Dr :

Cachet et signature du médecin :

Pour les IAC réalisées par un médecin extérieur au Centre, merci de nous faxer ce document au 03.27.23.41.90 Signé et tamponné