

# Consentement éclairé pour une Insémination Artificielle Intra-Utérine

Nous, soussignés,

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

**Monsieur :** 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 de couple 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 d'un des deux membres du couple, l'insémination intra-utérine ne pourra avoir lieu.

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

**Signatures des deux membres du couple :**

Madame

Monsieur