



**CONSENTEMENT  
en vue d'une  
INSEMINATION INTRA-UTERINE**



*à remplir à chaque tentative*

**Madame** .....

**Nom de jeune fille** .....

**Prénom** .....

**Née le** ...../...../.....

**Monsieur** .....

**Prénom** .....

**Né le** ...../...../.....

**1/ Données de la STIMULATION :**

Cycle stimulé :  NON  OUI et si OUI, utilisation antioestrogènes :  NON  OUI  
 gonadotrophines :  NON  OUI  
 analogues de la GnRH :  NON  OUI

Jour de début de stimulation	J .....	Dose de départ	.....UI/jour
Date de la dernière échographie	...../...../.....	Nombre de follicules $\geq$ 15mm	
Date prévue pour l'insémination	...../...../.....	Rang de l'insémination	

**2/ CONSENTEMENT du couple :**

Nous certifions que les conditions du couple requises pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation, justifiées lors de notre demande d'assistance médicale à la procréation en date du ...../...../..... sont toujours remplies.

Nous consentons à un acte d'insémination intra-utérine entre conjoints nécessaire à la réalisation de notre projet parental.

Fait à ..... le ...../...../.....

**Signature précédée de la mention « lu et approuvé »**

Tampon du praticien

Madame :

Monsieur :