



## CONSETEMENT A LA REALISATION D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

page 1/2

Nom et signature du Médecin prescripteur de l'IAC : .....	
Le :     /     /	
MONSIEUR	MADAME
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse : .....
.....	..
.....	.....
....	.
Date de naissance :	Date de naissance :
Tel :	Tel :
Caractéristiques du sperme (datant de moins de 6 mois) Réalisé le : Concentration/ml : Numération/éjaculat : Mobilité totale % : % typiques : NSMI : Spermoculture :	Réserve ovarienne : OES :..... FSH :..... INHB :..... AMH :.....  HSG : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  Stimulation : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Indication I.A.C : <input type="radio"/> Masculine <input type="radio"/> Mixte <input type="radio"/> Immunologique <input type="radio"/> Pathologies associées <input type="radio"/> Idiopathique <input type="radio"/> Féminine cervicale	
Tests de Sécurité sanitaire dater de moins de 3 mois pour la 1 <sup>ère</sup> tentative (validité 1 an) Réalisés le : Syphilis : HIV : AgHBs : Ac Anti-HBs: Ac Anti-HBc: Hépatite C:	Sécurité sanitaire dater de moins de 3 mois pour la 1 <sup>ère</sup> tentative (validité 1 an) Réalisés le : Syphilis : HIV : AgHBs : Ac Anti-HBs: Ac Anti-HBc: Hépatite C:
Commentaire éventuel :	



## CONSETEMENT A LA REALISATION D'UNE INSEMINATION INTRA-UTERINE

page 2/2

Nous soussignés, Madame..... Monsieur.....

Confirmons avoir demandé à bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Reconnaissons avoir reçu une information éclairée suffisante, conforme aux recommandations.

Certifions sur l'honneur que les conditions de couple requises, justifiées lors de notre demande d'AMP auprès du Dr ....., sont toujours remplies ; et que nous ne sommes pas engagés matrimonialement avec une tierce personne.

Consentons à un acte d'insémination intra-utérine avec sperme :

du conjoint

de donneur

Nous engageons à informer l'équipe pluri-disciplinaire de toute modification concernant notre situation familiale et notre lieu de résidence survenant au cours de notre prise en charge.

**Fais à** .....

**Le** ...../...../.....

(Signature des deux membres du couple précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

**Madame**

**Monsieur**