

**BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION**

☎ : 02 62 42 15 48

Fax : 02 62 43 66 30

Biologistes :

V. DAGORNE

F. GAYON

L. RIZZI

M. SIN

**Techniciens de
laboratoire**

A. GERARD

F. VOLTIGE

V. MADEC

M. BOUSSARD

Secrétaire :

B. PAULET

**MEDECINE
CHIRURGIE DE LA
REPRODUCTION**

Gynécologues :

Dr. BAROCHE

Dr. DELEFLIE

Dr. LASNET

TEL : 02 62 42 08 04

Dr. VICQ

TEL : 02 62 43 73 49

Dr. YU TIM

Dr. AMBASSA

TEL : 02 62 59 14 14

Urologues :

Dr. HOARAU

Dr. MARÇON

Dr. SCHLEGEL

Dr. HUGUES

TEL: 02 62 42 88 92

Psychiatre :

Dr SAUNIER

TEL: 02 62 21 51 71

Sexothérapeute

A. LEPAYSAN

Centre AMP

Rue Alsace lorraine

CS 17205

CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSEMINATION INTRA UTERINE

N°

Formulaire de consentement éclairé

Nous, soussignés

Madame

Monsieur

NOM NOM.....

NOM de jeune fille

Prénoms :Prénoms

Née le :Né le :

Adresse commune

.....

.....

.....

(.....

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance médicale à la Procréation sont toujours remplies

Et consentons à une insémination intra utérine avec sperme du conjoint.

Nous certifions 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.

PS : Il est impératif de signaler au centre tout évènement médical ou tout changement administratif susceptible de retentir sur votre prise en charge.

Fait le/...../..... à

Madame

Lu et approuvé

Monsieur

Lu et approuvé