



CONSENTEMENT EN VUE D'UNE
INSÉMINATION INTRA-UTÉRINE, I.I.U.

Page 1 sur 2

Nous soussignés.

Madame :

Nom de jeune fille :

Née le :

Monsieur :

Né le :

- Certifions sur l'honneur que les conditions de couple requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation, justifiées lors de notre demande d'A.M.P. auprès du Docteur, sont toujours remplies et que nous ne sommes pas engagés matrimonialement avec une tierce personne.
- Consentons à un acte d'insémination intra-utérine, nécessaire à la réalisation de notre projet parental.

Fait à le / / 20

(signature des deux membres du couple précédées de la mention «Lu et Approuvé»)

Madame :

Monsieur :





CONSENTEMENT EN VUE D'UNE INSÉMINATION INTRA-UTÉRINE, I.I.U.

Page 2 sur 2

Nom et signature du médecin prescripteur de l'I.I.U. :	
Le : / / 20	
<u>Monsieur</u>	<u>Madame</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
Tél :	Tél :
Mariés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Réserve ovarienne : J 2 3 4 5 :
Vie commune de plus de 2 ans : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OE2 : FSH : INHB : AMH :
Indication :	
<input type="checkbox"/> Masculine <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Immunologique <input type="checkbox"/> Féminine avec Pathologies associées	
<input type="checkbox"/> Idiopathique <input type="checkbox"/> Féminine cervicale	
Tests de Sécurité sanitaire (datant de moins de 3 mois pour la 1ère tentative. moins de 12 mois pour les suivantes) Réalisés le : Syphilis : HIV : AgHBs : Ac Anti - HBs : Ac Anti - HBc : Hépatite C :	Tests de Sécurité sanitaire (datant de moins de 3 mois pour la 1ère tentative. moins de 12 mois pour les suivantes) Réalisés le : Syphilis : HIV : AgHBs : Ac Anti - HBs : Ac Anti - HBc : Hépatite C :
Caractéristiques du sperme (datant de moins de 6 mois) Le : / / Nombre / ml : mobilité totale % : Nombre / éjaculat : % typ : TMS Mobiles / éjaculat : Spermoculture :	Stimulation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Moment estimé de l'ovulation :

