



CLINIQUE DE LA DHUYS

1 Rue Pierre Curie - 93177 Bagnolet Cedex - tel: 01 48 97 50 50 (standard)

CENTRE DE FECONDEATION IN VITRO Unité de Médecine de la Reproduction



Laboratoire AMP : 01 48 97 50 32 (ligne directe) - Fax : 01 43 63 18 97

Secrétariat AMP : 01 48 97 50 05 (ligne directe) - Fax : 01 43 60 57 52

Laboratoire Zerah-Taar-Pfeffer : 01 43 62 80 80 - Fax : 01 43 63 90 39

Gynécologues Agréés : Dr BERTHELOT – Dr CUKIERMAN – Dr KUTNER – Dr LABOURIER – Dr MENARD
Biologistes Agréés : Dr PFEFFER – Dr TAAR – Dr ZERAH

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECRIT A LA DEMANDE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (IIU)

Nous soussignés,

Madame NOM : Nom de jeune Fille :
Prénom : Née le :

Monsieur NOM : Prénom : Né le :

Certifions avoir demandé conjointement de faire l'objet d'une assistance médicale à la procréation
dans le cadre d'une demande parental pour notre couple, le (date de la première consultation)/...../.....

Nous confirmons notre demande

Après un délai de réflexion d'un mois à l'issue du premier entretien réalisé avec l'équipe pluridisciplinaire du centre, nous donnons conjointement notre consentement pour bénéficier d'un acte d'assistance médicale à la procréation.

Nous consentons à l'insémination

Nous certifions : - être mariés (*joindre la photocopie du livret de famille*)
- **ou** vivre en concubinage depuis plus de deux ans (*joindre une attestation de concubinage*)

Nous certifions avoir reçu un dossier-guide qui nous a informé sur la réglementation en vigueur, notamment sur la loi n° 2004-800 du 6 Août 2004 sur l'assistance médicale à la procréation. Nous avons reçu des explications au cours d'entretiens avec l'équipe pluridisciplinaire du centre sur les différentes techniques de l'AMP ; ainsi que leurs conséquences, les contraintes, les risques, les pourcentages de réussite. Nous avons aussi été informés sur les différentes possibilités ouvertes par la loi en matière d'adoption.

En cas de dissolution de notre couple, de renoncement à notre projet parental, de décès de l'un d'entre nous, il ne pourra plus être procédé à une assistance médicale à la procréation.

Nous connaissons aussi la faculté de pouvoir révoquer notre consentement avant toute intervention.

Fait à le/...../.....

Signatures des **deux membres** du couple précédées de la mention "**Lu et Approuvé**"
Madame Monsieur