



# CFEP - Centre de Fertilité de l'Est Parisien

30, rue Floréal - 93170 Bagnole Cedex

Depuis 1985 - [www.amp93.com](http://www.amp93.com)

## CENTRE DE FECONDATION 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 : 01.43.60.03.78

Laboratoire ZTP : 01 43 62 80 80 - Fax : 01 43 63 90 39

@ : Laboratoire d'AMP : [ampdhuys@free.fr](mailto:ampdhuys@free.fr)

@ : Secrétariat AMP : [secretaire.cfep@free.fr](mailto:secretaire.cfep@free.fr)

Gynécologues Agréés : <https://www.amp93.com/lequipe-clinique/>

Biologistes Agréés : Dr PFEFFER (Coordinateur) - Dr TAAR (Responsable AMP Vigilance) – Dr HEILIKMAN

## FORMULAIRE de CONSENTEMENT de Demande d'Assistance Médicale à la Procréation à type d'Insémination Intra Utérine (Sperme de Conjoint (IAC) ou Sperme de Donneur (IAD))

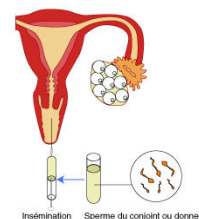
Nous soussignés,

Madame NOM :  
Prénom :

Nom de jeune Fille :  
Née le :

Monsieur NOM :  
Prénom :

Né le :



Adresse :

Certifions avoir demandé conjointement de faire l'objet d'une assistance médicale à la procréation (Insémination) dans le cadre d'une demande parentale pour notre couple.

### 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 intra Utérine

Nous certifions : - être mariés (joindre la photocopie du livret de famille)

- ou vivre en concubinage (joindre une attestation de concubinage ou une attestation de vie commune)

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 attestons être informés de la possibilité d'entretien ou de suivi éventuel psychologique.

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