

Assistance Médicale à la Procréation

Centre Hospitalier J.E. Techer - Calais



CONSENTEMENT en vue d'INSEMINATION INTRA-UTERINE

Nous, soussignés.

Gynécologues

Dr M-C. BAILLY
Dr N. BAYART
Dr F. BRIEZ
Dr M. CAFFET (chef de service)
Dr N. CHOUDHARI
Dr F. FOURIKA

MADAME _____ Epouse _____

Prénom _____ Née le _____

SI CONJOINT(E) _____

Prénom _____ Né le _____

Adresse : _____

Endocrinologue

Dr C. HOUSSIN-DELEPINE

Téléphone : _____ / _____

Biologistes

Dr F. DOSSOU-GBÉTÉ

@ : _____ / _____

Psychothérapeutes

Mme S. JOLY
Dr C. FOURIKA

Reconnaissons avoir bien compris l'information donnée sur les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation : stimulation ovarienne, préparation spermatique et insémination intra utérine, possibilités de réussite et d'échec, risques.

Reconnaissons avoir reçu un dossier guide comportant le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'Assistance Médicale à la Procréation et l'adoption.

Confirmons avoir eu connaissance du risque de grossesse multiple.

Confirmons notre demande d'**Insémination Intra Utérine**.

Autorisons le transfert d'informations nominatives à l'Agence de Biomédecine.

Sage-femme

coordinatrice

Mme V. SMAGUE

Sage-femme

coordinatrice en

maïeutique


Mme S. PASQUIER

Secrétariat

Tél : 03 21 46 35 51

Fax : 03 21 46 35 52

@ : secretariat-amp@ch-calais.fr

 : centre-amp-calais.docvitae.fr

Fait à Calais, le _____ (au moins 1 mois après la 1^{ère} consultation)

SIGNATURES :

MADAME

MONSIEUR

(Document en deux exemplaires, un conservé par le couple, un remis signé au centre.)