Enregistrement
Consentement Insémination
Laboratoire du Tremblay

ORIGINAL A RAMENER A CHAQUE TENTATIVE

Nous, soussignés :

Madame :
Prénom :
Nom de jeune fille :
Née le :
Adresse commune :

Tél. :

Monsieur :
Prénom :

Né le :

Certifions que les conditions de couple (définies dans la demande initiale) requises pour bénéficier d'une Assistance Médicale à la Procréation sont toujours remplies.
Consentons à un acte d'insémination intra-utérine avec sperme du conjoint (IAC) ou tiers donneur (IAD).

Confirmons 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.

Rang N°	Rang N°	Rang N°
Date : Signature Madame : Signature Monsieur :	Date : Signature Madame : Signature Monsieur :	Date : Signature Madame : Signature Monsieur :
Rang N°	**Rang N°**	**Rang N°**
Date : Signature Madame : Signature Monsieur :	Date : Signature Madame : Signature Monsieur :	Date : Signature Madame : Signature Monsieur :

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

LBM du Tremblay
61 avenue Roger Salengro - 94500 Champigny
Tel : 01 48 83 74 13
Fax : 01 48 89 43 54