CONSENTEMENT du couple en vue d'IAC : *à apporter pour CHACUNE des inséminations*

Avant chaque insémination :
=> **Prendre rendez-vous au laboratoire pour le traitement de sperme** en vue de l'IAC par téléphone au **04.72.41.61.61** ou par mail **perrine.augu@biogroup.fr**
=> Vérifier que les **tests de sécurité sanitaire** (Sérologies HIV, Antigène HBs, Ac anti HBc et Ac anti HBs, hépatite C, pour les deux membres du couple) **sont valides** : moins de six mois entre les tests et la première tentative d'IAC, moins de 12 mois pour les tentatives suivantes.
=> Vérifier que vous avez une **spermoculture négative** avec recherche de Chlamydia il y a moins de six mois.
=> Vérifier que le médecin a rempli les **indications médicales sur le cycle en cours** en bas de ce document.

Lors de votre passage au laboratoire, pour le recueil de sperme le jour de l'IAC:
=> remplir et signer ce document de **consentement**, le remettre à l'accueil.
=> présenter l'ordonnance, votre carte vitale, et les documents nécessaire à la prise en charge.
=> présenter une pièce d'identité avec photo à l'arrivée, en salle de recueil **et** lors de la remise du capacitat

L'insémination artificielle (IAC), qui rentre dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (AMP), est une activité légalement encadrée : LOIS n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique ; Règles de Bonnes Pratiques du 12-01-1999 ; arrêté du 05 octobre 2023 modifiant l'arrêté du 30 juin 2017.

Nous, soussignés,

Date de l'IAC :	
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :
Né(e) le :	Né(e) le :
- certifions que les conditions de notre couple, requises pour bénéficier d'une AMP sont toujours remplies ***- acceptons que les données nous concernant soient transmises à l'ABM*** ***- consentons à un acte d'insémination intra-utérine entre conjoints***	
Signature	Signature

ACCEUIL DU PATIENT : Identité vérifiée par ..... sur **:** ☐ CNI ☐ Passeport

ELEMENTS MEDICAUX DE L'IAC (A REMPLIR PAR LE GYNECOLOGUE)		
Type de stimulation ovarienne	☐ Clomid ☐ Gonadotrophines : ☐ Analogue ACTH	
Date :	**Taux d'Œstradiol :** **ng/L**	
Date écho :	**Réponse ovarienne** (nombre et taille des follicules) :	**Epaisseur de l'endomètre :**
Déclenchement de l'ovulation le (date) :	à (heure):	
Insémination prévue le (date) :	à (heure):	