



az|groeninge
kortrijk

**Centrum
Reproductieve
Geneeskunde**

Tel 056/633290
Tel labo 056/634206

Données complètes ou vignette informatique, svp

Patient (FEMME): (nom/prénom):

.....

Date de naissance:

Adresse:

Copie à:.....

Ordernr.:

Ne rien écrire ni coller svp.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSEMINATION DONNEUR

Uniquement sur rendez-vous (pris par le médecin)

A remplir et signer par le médecin

Je soussigné, médecin affilié au centre de la médecine de la reproduction de l'hôpital AZ Groeninge à Courtrai avec un programme de soins A agréé ,

- demande l'analyse de:

préparation de l'échantillon du sperme d'un donneur

destiné à: (nom, prénom)

Date de naissance :/...../.....

- confirme que l'analyse doit être effectuée pour insémination intra-utérine par sperme d'un donneur (I.A.D., dons autres que les dons entre partenaires) avec application dans un hôpital sous la responsabilité d'un médecin
- confirme que l'accepteur répondent aux critères requis de l'autorisation et âge de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes

CACHET DU MÉDECIN + SIGNATURE:

Date de prescription :

...../...../.....

Instructions pour le patient

- Le jour de votre rendez-vous veuillez d'abord vous inscrire à la réception de l'hôpital AZ Groeninge, Campus kennedylaan, Kennedylaan 4, 8500 Courtrai.
- Avant de vous rendre en consultation gynécologie, veuillez aller au laboratoire Centrum Reproductieve Geneeskunde (1^e étage), suivez la route C171 (bleue) et sonner (en cas d'absence, veuillez téléphoner au numéro 056/63.42.00). N'oubliez pas vos vignettes d'inscription.
- Amenez toujours ce formulaire et votre carte de identité.