

## CONVENTION RELATIVE A LA CRYOPRESERVATION OVARIENNE

Je (nous) soussigné(e)(s),

### Patiente

**Si patiente MINEURE, Parents ou Tuteur légal :**

NOM : ..... NOM (père ou tuteur) : ..... (mère) : .....

PRENOM : ..... PRENOM (père ou tuteur) : ..... (mère) : .....

Date Naissance : ..... Date Naissance (père ou tuteur) : ..... (mère) : .....

DOMICILE : Rue.....N°.....

Code postal : ..... Ville.....Pays : .....

### I. Certifie(ons) :

- Avoir été dument informé(e)(s), de manière extensive, des diverses implications de ce traitement de cryopréservation de tissu ovarien et notamment :
  - Des modalités, risques et complications inhérents à toute intervention chirurgicale coelioscopique (laparoscopique) et aux techniques de prélèvement de tissu ovarien ;
  - Qu'une partie des biopsies, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation ;
  - Qu'au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des biopsies peut également survenir dans diverses circonstances et que par conséquent le CPMA ne peut garantir ni être tenu responsable de la qualité du tissu lors de la décongélation ;
  - Qu'une, plusieurs ou la totalité des biopsies pourrai(en)t ne pas être congelée(s) ou conservée(s) en raison d'une qualité insuffisante, d'une sérologie inconnue ou encore positive pour certains pathogènes ;
  - Qu'à l'heure actuelle, la technique proposée est toujours en cours d'évaluation et le succès du traitement de restauration de la fertilité ne peut être assuré ;
  - Que, depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017, les frais inhérents à la cryopréservation de tissu ovarien sont pris en charge par la mutuelle, pour autant que l'indication soit oncologique, que le dossier ait été discuté en commission oncologique multidisciplinaire (COM) et que le prélèvement ait lieu avant le 36<sup>ème</sup> anniversaire.
- Que cette congélation est réalisée **pour une raison médicale (cochez SVP) :**
  - Avant traitements médicaux, chirurgicaux ou radiothérapeutiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation et que les conditions de remboursement de la cryopréservation ovocytaire (telles que citées ci-dessus) sont remplies ;
  - Ne remplissant pas les conditions de remboursement, à savoir **(cochez SVP) :**
    - Avant traitements médicaux, chirurgicaux ou radiothérapeutiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation MAIS que les conditions de remboursements ne sont PAS remplies ;
    - Evolution prématurée vers l'insuffisance ovarienne (ménopause précoce) ;
- Avoir été dument informé(e)(s) que, si les conditions de remboursement ne sont pas remplies, cette congélation est conditionnée au paiement, **au plus tard dans les deux mois suivant la congélation**, du montant prévu pour cet acte ;

4. Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
- o La présente convention peut à tout moment être modifiée de commun accord et avant exécution de la dernière instruction donnée. La(e)(s) signataire(s) de la convention initiale, ou la patiente devenue majeure, doit(vent) contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant son(leur) intention ;
  - o Au terme du délai de conservation initial (cf. point III 1), la conservation peut être prolongée pour une période de CINQ (5) ans, renouvelable. La demande de prolongation, formulée par courrier recommandé, est sous la responsabilité du (de la)(des) signataire(s) de la convention initiale, ou de la patiente devenue majeure, le CPMA ne prend pas l'initiative de la reprise de contact ;
  - o Cette prolongation, soumise à l'accord du CPMA, fera l'objet d'une nouvelle convention et est conditionnée au paiement des frais de conservation.
5. Avoir reçu les informations relatives à la congélation de tissu ovarien, les avoir comprises et jugées suffisantes pour me (nous) permettre de prendre une décision réfléchie et responsable, après un délai de réflexion.

**II. Marque(ons) mon(notre) accord, sciemment et librement :**

1. Au prélèvement chirurgical sous anesthésie générale, de biopsies du tissu ovarien, à leur traitement et à leur cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure ;
2. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales (celles de ma (notre) fille/pupille), sous formes codées excluant toute identification possible.

**III. Sollicite(ons) :** par cette convention que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité des biopsies le permette :

1. Le délai de cryopréservation du tissu ovarien est de DIX (10) ans, à dater du jour de la congélation. A ma (notre) demande expresse, ce délai est réduit à **(cochez votre choix)** :  
 1 an    2ans    3ans    4 ans    5 ans    6 ans    7 ans    8 ans    9 ans
2. A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je (nous) marque(ons) mon accord pour que ces biopsies soient **(cochez votre choix)** :  
 Détruites ;  
 Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

Je (nous) choisis(sons) de destiner les biopsies au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) **(cochez votre(vos) choix, au moins un des deux domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus)** :

- Amélioration de techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA.

J'(nous) accepte(ons) que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire. Les biopsies destinées à la recherche ne seront en aucun cas impliquées dans un projet parental.

Lu et approuvé.  
Madame, Tuteur légal ou Père  
(Date et signature)

Lu et approuvé.  
Mère  
(Date et signature)

Pour le CPMA  
Le médecin en charge du dossier  
(cachet et signature)

Fait à Liège, le ....., en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.