

Convention relative à la cryopréservation de tissu ovarien

Je (nous) soussigné(e)(s),

Patiente

Si patiente MINEURE, parents ou tuteur légal :

NOM : NOM (père/tuteur) : (mère) :

PRENOM : PRENOM (père/tuteur) : (mère) :

Date Naissance : Date Naissance (père/tuteur) : (mère) :

Téléphone : Téléphone (père/tuteur) : (mère) :

DOMICILE : Rue.....N°.....

Code postal : Ville : Pays :

Adresse mail@.....

I. Certifie(ons) :

1. Avoir été dument informé(e)(s), de manière extensive, des diverses implications de ce traitement de cryopréservation de tissu ovarien et notamment :
 - o Des modalités, risques et complications inhérents à toute intervention chirurgicale coelioscopique (laparoscopique) et aux techniques de prélèvement de tissu ovarien ;
 - o Qu'une partie, voire la totalité des biopsies, peut ne pas survivre à la congélation ;
 - o 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 ;
 - o 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 ;
 - o Qu'à l'heure actuelle, la technique proposée est toujours en cours d'évaluation – surtout lorsque le prélèvement est réalisé avant la puberté – et le succès du traitement de restauration de la fertilité ne peut être assuré ;
 - o Que, pour certaines indications, les frais inhérents à la cryopréservation de tissu ovarien sont pris en charge par la mutuelle, pour autant que le prélèvement ait lieu avant le 38^{ème} anniversaire ;
 - o Que le CPMA se garde le droit, suite à une évaluation pluridisciplinaire du projet parental, de refuser l'utilisation ultérieure du tissu cryopréservé.
 - o Avoir lu le document « Informations relatives à la cryopréservation ovarienne »
2. Que cette congélation est prise en charge selon les conditions mentionnées dans la convention en vigueur entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et les établissements de soins en vue de la prise en charge de la préservation de la fertilité, reprises dans le document d'information (**cochez SVP**) :
 - Oui
 - Non
3. 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 tissu ovarien, à son traitement et à sa 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 10 ans si le prélèvement est réalisé à partir de 16 ans et de 20 ans si le prélèvement est réalisé avant le 16^{ème} anniversaire.
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) chois(sons) de destiner les biopsies au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) **(cochez votre(vos) choix, au moins un des trois domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus)** :

- Amélioration de techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA.
- Mise au point de nouvelles techniques en relation avec le Matériel Corporel Humain reproducteur.

J'(nous) accepte(ons) que le projet de recherche soit conduit par le CPMA, éventuellement en collaboration avec un autre laboratoire ou en dehors du CPMA dans le cadre de la Biothèque Universito-Hospitalière de Liège (BHUL). Les biopsies destinées à la recherche ne seront en aucun cas impliquées dans un projet parental. A défaut d'utilisation du tissu destiné à la recherche scientifique, tout ou partie, dans un délai de 2 ans à dater de l'expiration du délai de conservation prévu dans cette convention, celui-ci sera automatiquement détruit.

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.