



Tel 04/225 65 75
Fax 04/225 66 57
Web : <http://www.cpma-ulg.be>

CONVENTION RELATIVE A LA CRYOPRESERVATION OVARIENNE (patiente mineure)

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur (*biffer la mention inutile*)

NOM PRENOM :

Date de naissance :

Domicile : Rue N°

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone :

Parent/tuteur légal (*biffer la mention inutile*) de Mademoiselle

NOM : PRENOM.....

Date de naissance :

Domicile : Rue N°

Code postal : Ville :

Pays :

Certifie

1. avoir reçu des informations claires et complètes concernant les risques de stérilité consécutifs au traitement par chimio et/ou radiothérapie.
2. avoir été averti(e) des risques et complications inhérents à toute intervention coelioscopique (laparoscopique) sous anesthésie générale et avoir reçu du corps médical (oncologue, chirurgien, anesthésiste,...) réponse à l'ensemble de mes questions concernant l'acte chirurgical réalisé.
3. avoir reçu les informations relatives à la cryopréservation des biopsies ovariennes, et notamment :
 - 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. Pour ces raisons, je suis consciente et accepte que la qualité des biopsies lors de la décongélation ne puisse être garantie.
 - Qu'à l'heure actuelle, les résultats de la technique proposée sont toujours en cours d'évaluation et que le succès du traitement de restauration de la fertilité ne peut être assuré.
4. avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision réfléchie et responsable après un délai de réflexion

Marque mon accord, sciemment et librement

- Au prélèvement chirurgical sous anesthésie générale, de biopsies ovariennes sur la personne de ma fille –pupille (biffer la mention inutile) et à leur traitement par le CPMA en vue de leur cryopréservation dans le cadre d'un projet de restauration éventuelle de sa fertilité.
- A la mise à disposition des instances externes de contrôles nationales et internationales de ses données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

Sollicite que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité des biopsies le permette :

1. Le délai de cryopréservation des biopsies est de **10** (dix) ans, à dater du jour de congélation.

A ma demande expresse, ce délai sera réduit à 1 an, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans, 7 ans, 8 ans, 9 ans.

J'ai été informé(e) que la cryopréservation des biopsies ovariennes était conditionnée **au paiement, au plus tard dans les 2 mois suivant la congélation**, du montant du pour cet acte.

Au terme du délai fixé, et moyennant accord écrit de la Banque de Matériel Corporel Humain (BMCH)-CPMA, la conservation peut être prolongée. Dans ce cas, je confirmerai cette demande par courrier recommandé adressé à la BMCH-CPMA.

2 A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je marque mon accord pour que ces biopsies soient :

- Détruites
- Intégrées à un programme de recherche.

3. Modification de la convention :

La présente convention peut être modifiée jusqu'à l'accomplissement de la dernière instruction donnée, sous réserve de l'expiration du délai de conservation des biopsies ovariennes. Ces modifications doivent faire l'objet d'un document écrit signé par toutes les parties signataires de la convention initiale.

Dans tous les cas, le CPMA tiendra compte de la dernière instruction signée de commun accord.

Lu et approuvé
Le tuteur légal
(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.