

CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
B-4000 LIEGE
Tel 04/321 65 75
Fax 04/321 66 57
Web <http://www.cpma-ulg.be>

CONVENTION RELATIVE A LA PROLONGATION DE CRYOPRESERVATION DE GAMETES (OVOCYTES OU SPERMATOZOIDES)

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

Date Naissance :

DOMICILE : Rue..... N°

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

I. Certifie :

- Avoir été dument informé(e), de manière extensive, des diverses modalités de prolongation du délai de cryopréservation de gamètes (ovocytes ou spermatozoïdes) et notamment :
 - Qu'une partie des gamètes, 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 gamètes peut également survenir dans diverses circonstances et que par conséquent le CPMA ne peut garantir ni être tenu responsable de la qualité des gamètes lors de la décongélation ;
 - Que cette prolongation du délai de cryopréservation est conditionnée au paiement, **au plus tard dans les deux mois** suivant la réception de cette convention, du montant prévu pour cet acte. A défaut du versement de la somme dans le temps imparti, la demande sera considérée comme refusée et les gamètes seront détruites ou données à la recherche, conformément aux dernières instructions du (de la) patient(e) ou de son parent-tuteur légal connues par le CPMA ;
 - Que cette nouvelle convention annule la précédente.
- Que la congélation de gamètes (ovocytes ou spermatozoïdes) avait été réalisée pour (**cochez SVP**):
 - Raison médicale ;
 - Raison personnelle.
- Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
 - La présente convention peut à tout moment être modifiée de commun accord et avant exécution de la dernière instruction donnée. Le (la) signataire de la convention initiale doit contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant son intention ;
 - Cette prolongation est renouvelable, à la demande du (de la) signataire, formulée par courrier recommandé. La demande de renouvellement de la prolongation est sous la responsabilité du (de la) signataire de la présente convention, le CPMA ne prend pas l'initiative de la reprise de contact ;
 - Cette prolongation, soumise à l'accord du CPMA, fera l'objet d'une nouvelle convention et est conditionnée au paiement des frais de conservation.

4. Avoir reçu les informations relatives à la prolongation de la congélation de gamètes, les avoir comprises et jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision réfléchie et responsable, après un délai de réflexion.

II. Marque mon accord, sciemment et librement :

A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

III. Sollicite : par cette convention, qu'à l'expiration du délai légal de 10 ans à dater du jour de la congélation ou du délai mentionné dans une précédente prolongation, la conservation de mes gamètes soient prolongée

1. Le délai de prolongation de la cryopréservation des gamètes est de CINQ (5) ans, à dater du jour de l'expiration de la convention précédente.

A ma demande expresse, ce délai est réduit à **(cochez votre choix) :**

- 1 an 2ans 3ans 4 ans

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 gamètes soient **(cochez votre choix) :**

- Détruits ;
 Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

Je choisis de destiner mes gamètes 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'accepte que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire. Les gamètes destinés à la recherche ne seront en aucun cas impliqués dans un projet parental.

3. **UNIQUEMENT EN CAS DE SPERME CONGELE Insémination post-mortem :** Tel que prévu par la Loi, la mise à disposition post-mortem de sperme est possible chez une patiente après le décès du partenaire. L'insémination post-mortem n'est autorisée en Belgique que dans un intervalle de 6 mois à 2 ans suivant le jour du décès et pour autant que la demande soit clairement formulée au préalable sur la présente convention entre le CPMA et les auteurs du projet parental initial.

Je demande expressément le recours aux possibilités d'insémination post-mortem de mon sperme cryopréservé **(cochez votre choix) :**

- Oui, uniquement en faveur de Madame :
NOM :
PRENOM :
Date de naissance :
 Non

Le CPMA se réserve la décision d'accepter ou non l'insémination post-mortem en fonction de l'évaluation pluridisciplinaire du projet parental de la patiente survivante.

Lu et approuvé.
Madame, Monsieur
(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.