



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

CONVENTION RELATIVE A LA CRYOPRESERVATION DE TISSU TESTICULAIRE (Patient pré-pubère)

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

NOM :
Prénom :

Date de naissance :

Domicile : Rue N°
Code postal : Ville :
Pays :
Téléphone :

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

NOM :
Prénom :

Date de naissance :

Domicile : Rue N°
Code postal : Ville :
Pays :

Certifie

1. avoir reçu des informations claires concernant les risques de stérilité consécutifs à un traitement par chimio et/ou radiothérapie et/ou gonadotoxique autre.
2. avoir été averti(e) des risques et complications inhérents à toute intervention chirurgicale sous anesthésie générale et avoir reçu du corps médical (oncologue, urologue, chirurgien, anesthésiste,...) réponse à l'ensemble de mes questions concernant l'acte chirurgical réalisé.
3. avoir reçu les informations relatives à la congélation de biopsies testiculaires en pré-puberté, et notamment
 - Qu'une partie des biopsies, et dans certains cas la totalité, peut 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 conscient(e) 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 testiculaires sur la personne de mon fils –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.

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 testiculaires était conditionnée **au paiement, au plus tard dans les 2 mois suivant la congélation**, du montant dû 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 testiculaires. 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 parent/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.