



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

## CONVENTION RELATIVE A LA CONGELATION D'OVOCYTES POUR RAISONS MEDICALES.

Je soussignée,

NOM : PRENOM :

Date Naissance :

Si patiente **MINEURE** : Parent/Tuteur légal :  
NOM :  
Prénom :  
Date de naissance :

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### Certifie :

1. Avoir été dument informée, de manière extensive, des modalités de prélèvements et notamment des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire.
2. Avoir reçu les informations relatives à la congélation d'ovocytes, les avoir comprises et jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision réfléchie et responsable.  
J'ai ainsi été informée qu'une partie des ovocytes, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation.  
Au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des ovocytes peut également survenir dans diverses circonstances.  
Pour ces raisons, je suis consciente et accepte que le CPMA ne puisse garantir ni être tenu responsable de la qualité des ovocytes lors de la décongélation.
3. Avoir été informée que la mise en fécondation des ovocytes congelés nécessite le recours à la microinjection cytoplasmique du spermatozoïde (ICSI).

### Marque mon accord, sciemment et librement :

- Au prélèvement de mes ovocytes (ceux de ma fille/pupille) au terme d'un traitement de stimulation ovarienne, à leur traitement et à leur cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure.
- Pour que mes données médicales –sous formes codées excluant toute identification possible- soient mises à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales

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

**1. Cette congélation est réalisée pour une raison médicale :**

- Traitements médicaux, chirurgicaux ou radiothérapeutiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation.
- Evolution prématurée vers l'insuffisance ovarienne (ménopause précoce).
- Impossibilité de mise en fécondation d'ovocytes recueillis en FIV, par absence inopinée d'un échantillon spermatique.

**2. Le délai de cryopréservation des gamètes est de 10 (dix) ans, à dater du jour de la congélation.**  
A ma demande expresse, ce délai peut être réduit à :  .... an (s)

*J'ai été informée que cette congélation était conditionnée au paiement, **au plus tard dans les deux mois suivant la congélation**, du montant prévu pour cet acte.*

**Au terme du délai fixé**, une prolongation de cryopréservation des ovocytes peut être sollicitée.

Cette demande doit être introduite **par courrier recommandé**, adressé au CPMA, dans les DEUX mois qui précèdent la date d'expiration de la convention précédente. Le délai de prolongation de cette cryopréservation des ovocytes est de DEUX (2) ans. Un renouvellement de cette prolongation est cependant possible.

*Cette prolongation, soumise à l'accord du CPMA, fera l'objet d'une nouvelle convention et est conditionnée au paiement des frais de conservation. A défaut du versement du montant de ces frais dans les 60 jours suivant la réception du nouveau document, la demande sera considérée comme refusée et le CPMA effectuera la dernière instruction exprimée dans la convention précédente.*

**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 mes ovocytes soient :

- détruits.
- intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

**4. Modification de la convention**

Cette convention peut être modifiée jusqu'à l'accomplissement de la dernière instruction donnée, sous réserve de l'expiration du délai de conservation des ovocytes.

Ces modifications doivent faire l'objet d'un document écrit signé par les 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.

Si patiente **MINEURE** :

Pour le CPMA

Madame  
(date et signature)

PARENT/TUTEUR  
(date et signature)

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.