

**CONVENTION RELATIVE A LA PROLONGATION DE CRYOPRESERVATION DE TISSU GONADIQUE (OVAIRE OU TESTICULE NON PUBERE)**

Je (nous) soussigné(e)(s),

**Patient(e)**

NOM : .....	<b>Si patient(e) MINEUR(E), Parents ou Tuteur légal :</b> NOM (père ou tuteur) :.....(mère) :.....
PRENOM : .....	PRENOM (père ou tuteur) :.....(mère) :.....
Date Naissance : .....	Date Naissance (père ou tuteur) :.....(mère) :.....
	Tél (père ou tuteur): ..... (mère) : .....
	E-mail (père ou tuteur) : ..... (mère) : .....

DOMICILE : Rue..... N° .....  
Code postal :..... Ville..... Pays : .....

Tél : ..... E-mail : .....

**I. Certifié(ons) :**

1. Avoir été dument informé(e)(s), de manière extensive, des diverses modalités de prolongation du délai de cryopréservation de tissu gonadique (ovaire ou testicule non pubère) et notamment :
  - o Qu'une partie des biopsies, et dans certains cas la totalité, peuvent 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'à l'heure actuelle, la technique proposée est toujours en cours d'évaluation et le succès du traitement de restauration de la fertilité ne peut être assuré ;
  - o 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 biopsies seront détruites ou données à la recherche, conformément aux dernières instructions du (de la) patient(e) ou de son (ses) parent(s)-tuteur légal connus par le CPMA ;
  - o Que cette nouvelle convention annule la précédente.
2. 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 le (la) patient(e) devenu(e) majeur(e), doit contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant son (leur) intention ;
  - o Cette prolongation est renouvelable. La demande de prolongation, formulée par courrier recommandé, est sous la responsabilité du (de la)\_(des) signataire(s) de la convention initiale, ou du(de la) patient(e) devenue majeur(e), 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.
3. Avoir reçu les informations relatives à la prolongation de la congélation de tissu gonadique, 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 :**

A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales (celles de mon(a)(notre) fils/ fille/ pupille), sous formes codées excluant toute identification possible.

**III. Sollicite(ons) :** 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, que la conservation des biopsies gonadiques soit prolongée ;

1. Le délai de prolongation de la cryopréservation du tissu gonadique est de CINQ (5) ans, à dater du jour de l'expiration de la convention précédente.
2. A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je(nous) marque(ons) mon(notre) 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) choisis(sons) de destiner mes 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 impliquant le Matériel Corporel Humain reproducteur

J'(nous) accepte(ons) que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire ou par un autre laboratoire dans le cadre de la Biothèque Hospitalo-Universitaire de Liège. 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, en tout ou en 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, Monsieur, 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.