



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

CONVENTION RELATIVE AU DON D'EMBRYONS

Nous soussigné(e)s,

Madame

Monsieur,
Madame,

NOM
PRENOM

NOM
PRENOM

Date Naissance

Date Naissance

DOMICILE : Rue..... N°

Code postal : Ville..... Pays :

Marquons notre accord, sciemment et librement :

- Pour que nos embryons surnuméraires soient inclus dans un programme de don d'embryons au sein de la banque de matériel corporel humain du CPMA et transférés chez des couples hétérosexuels, homosexuels ou chez des femmes seules.
- Pour que nos données médicales –sous formes codées excluant toute identification possible– soient mises à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales.

Certifions :

1. Avoir été dûment informés, de manière extensive, des diverses implications du don d'embryons et notamment :
 - Du caractère irrévocable de notre décision dès que la procédure de don est engagée.
 - Qu'à compter de l'implantation des embryons surnuméraires donnés, les règles de la filiation telles qu'établies par le Code civil jouent en faveur du ou des auteurs du projet parental ayant reçu lesdits embryons surnuméraires. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux n'est ouverte au(x) donneur(s) d'embryons surnuméraires. De même, aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux ne peut être intentée à l'encontre du ou des donneur(s) d'embryons surnuméraires par le(s) receveur(s) d'embryons surnuméraires et par l'enfant né de l'insémination d'embryons surnuméraires (Art. 27 de la loi du 6 juillet 2007).
 - Que le don d'embryons est gratuit et strictement anonyme.
 - Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le CPMA.

TSVP

2. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour nous permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

Nous engageons :

A nous soumettre à tous les examens requis, y compris les tests génétiques (caryotype, dépistage de la mucoviscidose ou tout dépistage autre, en fonction d'antécédents particuliers) et à fournir toutes les informations nécessaires afin de permettre au CPMA de s'assurer du respect de la sécurité sanitaire des embryons donnés.

Dans le cas où les résultats des examens s'avèreraient incompatibles avec le don ou en l'absence des résultats et informations ultérieures nécessaires, nous marquons notre accord pour que nos embryons soient :

- Détruits
- Affectés à un programme de recherches

Lu et approuvé.
Madame
(Date et signature)

Lu et approuvé.
Le conjoint, la compagne
(Date et signature)

Pour le CPMA
Le médecin responsable
(Cachet et signature)

Fait à Liège, le.....en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.