



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

## CONVENTION D'ACCUEIL D'EMBRYONS ISSUS D'UN DON ANONYME

Nous soussigné(e)s,

Madame

Monsieur,  
Madame,

NOM  
PRENOM

NOM  
PRENOM

Date Naissance

Date Naissance

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### Certifions :

1. Avoir sollicité du Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) la réalisation d'un traitement de transfert d'embryons issus d'un don.
2. Avoir été dûment informé(e)s, de manière extensive, des diverses implications de ce traitement et notamment :
  - De l'absence de garantie de succès de ce traitement, et notamment de la possibilité que les embryons ne survivent pas à la décongélation.
  - De la possibilité d'avoir eu recours à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour assurer la fécondation de l'ovocyte en cas de pathologie spermatique au sein du couple donneur.
  - Des modalités légales régissant le nombre d'embryons transférés.
  - Des risques de malformations fœtales et des possibilités de détection prénatale de certaines de ces malformations.
  - Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche.
  - Du caractère strictement anonyme du don d'embryons ainsi que des difficultés d'appariement entre donneur(s) et receveur(s) inhérentes à cette procédure.
  - Qu'à compter de l'implémentation 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 aux donneurs

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 ou par l'enfant né de l'implantation d'embryons surnuméraires (Art. 27 de la loi du 6 juillet 2007).

- Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA.
3. 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.

**Marquons notre accord, sciemment et librement :**

- A la décongélation des embryons surnuméraires donnés et à leur transfert par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.
- A la mise à disposition des instances externes de contrôles nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

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.