



Tel 04/321 65 75
Fax 04/321 66 57
Web : <http://www.cpma-ulg.be>

CONVENTION RELATIVE AU DON D'OVOCYTES

Je, soussignée,

NOM :

PRENOM :

Date Naissance :

DOMICILE : Rue..... N°

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

Certifie :

1. Avoir été dûment informée, de manière extensive, des modalités de prélèvement et des diverses implications du don de gamètes et notamment :

- Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire.
- Que ce traitement est entrepris dans le cadre d'un don d'ovules :
 - anonyme
 - en faveur de M^{me} :

NOM :.....PRENOM :.....

Date Naissance:.....

- Du caractère irrévocable de ma décision dès que la procédure de don est engagée.
- Qu'à compter de l'insémination des gamètes 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 gamètes. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux n'est ouverte aux donneurs de gamètes. 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) de gamètes par le(s) receveur(s) ou par l'enfant né de l'insémination de gamètes (Art. 56 de la loi du 6 juillet 2007).
- Que le don d'ovules est gratuit. Une indemnité couvrant les frais de déplacement et d'hospitalisation ou de perte de salaire liée à la procédure peut être acceptée.
- Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le CPMA.

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

Marque mon accord, sciemment et librement :

- Au prélèvement et au traitement de mes ovocytes par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée avec don de gamètes.
- A la mise à disposition des instances externes de contrôles nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

M'engage :

- A transmettre au CPMA les résultats des contrôles de suivi de stimulation (biologie et échographie), aux dates indiquées par le centre PMA et ce avant 13:00.
- A me soumettre à tous les examens requis, y compris les tests génétiques (caryotype, dépistage de la mucoviscidose et du syndrome X fragile) et à fournir toutes les informations nécessaires afin de permettre au CPMA de s'assurer du respect de la sécurité sanitaire des gamètes donnés.

Dans le cas où les résultats des examens s'avéreraient incompatibles avec le don ou en l'absence des résultats et informations ultérieures nécessaires, je marque mon accord pour que mes ovocytes soient :

- Détruits
- Affectés à un programme de recherches

Pour le CPMA

Lu et approuvé
Date et signature

Le médecin responsable
Cachet, date et signature

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