



CENTRE DE PROCREATION  
MEDICALEMENT ASSISTEE  
CHR CITADELLE  
Boulevard du XII<sup>ème</sup> de Ligne, 1  
B-4000 LIEGE

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

## CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO AVEC DON D'OVOCYTES

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 fécondation in vitro avec don d'ovocytes, prélevés chez :

Une donneuse **anonyme**.

Une donneuse **connue** (don dirigé), en la personne de Mme :

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

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
- De la possibilité d'avoir recours à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour assurer la fécondation de l'ovocyte en cas de pathologie spermatique.
- Des modalités légales régissant le nombre d'embryons transférés et le devenir des embryons surnuméraires.

- 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.
  - 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).
  - 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.

**Nous nous engageons** à 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.
- de la fécondation in vitro (positif ou négatif) afin de permettre au centre d'assurer un suivi des traitements tel que prévu par la législation.

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

- Le cas échéant, au prélèvement du sperme du conjoint et à son traitement 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.