



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 RELATIVE AU DON DE SPERME CONNU DIRIGE

Je soussigné,

NOM : .....

PRENOM : .....

Date Naissance : .....

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### I. Certifie :

1. Avoir été dûment informé, de manière extensive, des diverses implications du don de gamètes et notamment :
  - o Que ces dons sont affectés à un programme d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro ;
  - o Qu'un ou plusieurs de mes échantillons de sperme pourrai(en)t ne pas être congelés ou conservés en raison d'une qualité insuffisante ou d'une infection ;
  - o Que le don de sperme est gratuit. Une indemnité couvrant les frais de déplacement peut être acceptée ;
  - o Du caractère irrévocable de ma décision dès que la procédure de don est engagée ;
  - o 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 au donneur 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) de gamètes et par l'enfant né de l'insémination de gamètes (Art. 56 de la loi du 6 juillet 2007) ;
  - o 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.

### II. Marque mon accord, de façon éclairée, sciemment et librement :

1. Au prélèvement et au traitement de mon sperme au CPMA dans le cadre d'un don dirigé en vue d'une procréation médicalement assistée chez Madame :

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

2. Au traitement et à la cryopréservation pour une utilisation ultérieure de ces prélèvements ;

3. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de nos données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

### III. **M'engage :**

1. A me soumettre à tous les examens requis, y compris les tests génétiques (caryotype, dépistage de la mucoviscidose, de l'amyotrophie spinale ou tout autre dépistage génétique 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 gamètes donnés ;
2. A prévenir le CPMA en cas d'apparition ou de déclaration d'une pathologie potentiellement héréditaire, et ce même lorsque la procédure de don sera terminée ;
3. A régler les frais de conservation de 100 euros pour un an préalablement à la congélation. Dans le cas où ce paiement ne serait pas effectué l'échantillon de sperme sera détruit.

### IV. **Sollicite :**

Dans le cas où les résultats des examens préliminaires s'avèreraient incompatibles avec le don ou en l'absence des résultats et informations ultérieures nécessaires, que mes prélèvements soient :

- Détruits ;
- Affectés à un programme de recherches.

Je choisis de destiner mon sperme au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) **(cochez votre(vos) choix, au moins un des deux domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus)** :

- Amélioration des techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA.

J'accepte que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire. Le sperme destiné à la recherche ne sera en aucun cas impliqué dans un projet parental.

Lu et approuvé  
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.