



DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
UNIVERSITE DE LIEGE

CENTRE DE PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE
CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
B 4000 LIEGE

Numéro : DSP.01.COV
Version 3 du 9/10/2014
Page 1 sur 2

Tel 04/225 65 75
Fax 04/225 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 :

Marque mon accord, de façon éclairée, sciemment et librement:

- 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 Mme :

NOM
PRENOM :
Date Naissance :

- Pour que ces prélèvements soient traités et cryopréservés en vue de leur utilisation ultérieure.
- Pour que mes données médicales –sous formes codées excluant toute identification possible soient mises à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales

Certifie :

1. Avoir été dûment informé, de manière extensive, des diverses implications du don de gamètes et notamment que ces dons sont affectés à un programme d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro.

2. Avoir été averti, 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).

3. 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.

M'engage :

- A me soumettre à tous les examens requis, y compris les tests génétiques (caryotype, dépistage de la mucoviscidose ou tout dépistage génétique, 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.

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

- Détruits
- Affectés à un programme de recherches

Les frais de conservation de 100 euros pour un an devront être réglés préalablement à la congélation. Dans le cas où ce paiement ne serait pas effectué l'échantillon de sperme sera détruit.

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.