



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

CONVENTION DE TRAITEMENT PAR INSEMINATION ARTIFICIELLE AVEC SPERME DE DONNEUR (IAD).

Je (Nous) soussigné(e)(s),

Madame

Monsieur,
Madame,

NOM

NOM

PRENOM

PRENOM

Date Naissance

Date Naissance

DOMICILE : Rue..... N°

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

Certifie(ons) :

1. Avoir sollicité du Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) la réalisation d'inséminations artificielles avec sperme de donneur :

Anonyme

Anonyme identifiable (par l'enfant à sa majorité)

Connu dirigé en la personne de Monsieur : 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 ces inséminations.

Du caractère strictement anonyme des dons issus de la banque de sperme du CPMA. Le don non anonyme (« connu dirigé ») résultant d'un accord entre un donneur et une receveuse est toutefois autorisé. Dans le cas du recours à un donneur anonyme identifiable, seul l'enfant issu du don peut à sa majorité demander la levée de l'anonymat du donneur directement auprès de la banque dont sont issues les paillettes de sperme. Le CPMA ne connaît pas l'identité des donneurs anonymes identifiées.

- 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) de gamètes et par l'enfant né de l'insémination (Art.56 de la loi du 6 juillet 2007).
 - Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne éventuel ainsi que des contraintes diverses imposées par ces traitements.
 - Des risques de malformations fœtales et des possibilités de détection prénatale de certaines de ces malformations.
 - 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 l'insémination (positif ou négatif) afin de permettre au centre d'assurer un suivi des traitements tel que prévu par la législation.

Marque(ons) mon (notre) accord pour que mes (nos) données médicales – sous formes codées excluant toute identification possible- soient mises à disposition des instances externes de contrôles nationales et internationales.

Lu et approuvé.
Madame

(Date et signature)

Lu et approuvé.
Le conjoint, la compagne

(Date et signature)

Pour le CPMA
Le médecin en charge du
dossier
(Cachet et signature)

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