



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

CONVENTION DE TRAITEMENT PAR INSEMINATION AVEC SPERME DU CONJOINT (IAC)

Nous soussignés,

Madame

Monsieur

NOM

NOM

PRENOM

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'insémination(s) avec sperme du conjoint (IAC) au sein de notre couple.

2. Avoir été dûment informés, de manière extensive, des diverses implications de ce traitement et notamment :

- Que le succès du traitement ne peut être assuré.
- Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne éventuelle ainsi que des complications potentielles liées à tout geste intra utérin.
- De la nécessité d'avoir recours à diverses techniques de capacitation du sperme (lavage simple, migration sur gradient,...) en fonction de la qualité initiale du prélèvement.
- Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche.
- Que cette convention, sauf notification écrite et cosignée de notre part, vaut pour l'ensemble des IAC nécessaires à la réalisation éventuelle de notre projet parental.

- 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 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.

Marquons notre accord, sciemment et librement :

- 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 contrôle nationales et internationales de nos données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

Lu et approuvé.
Madame
(Date et signature)

Lu et approuvé.
Le conjoint,
(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.