



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

CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO

Nous soussignés,

Madame

Monsieur,

Madame,

NOM

PRENOM

NOM

PRENOM

Date Naissance

Date Naissance

DOMICILE : Rue..... N°

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

Certifions :

1. Avoir été dûment informé(e)s, 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, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire
 - 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.
 - Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA.
2. 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.

Marquons notre accord, sciemment et librement :

- Au prélèvement et au traitement des ovocytes par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.
- 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.

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 .
- du transfert d'embryons (positif ou négatif) afin de permettre au centre d'assurer un suivi des traitements tel que prévu par la législation.

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.