

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>

## CONFIRMATION DES CONVENTIONS DE PMA

Nous soussignés,

Madame

Monsieur

NOM .....

NOM .....

PRENOM .....

PRENOM .....

Date Naissance .....

Date Naissance .....

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### I. Marquons notre accord, sciemment et librement :

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

### II. Confirmons :

Les dispositions émises lors de notre traitement antérieur de PMA dans les documents :

- CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO ;
- CONVENTION RELATIVE AU DEVENIR DES EMBRYONS SURNUMERAIRES ;

établies en 2 exemplaires, dont chaque partie a reçu un exemplaire.

Cette présente confirmation de conventions est valide pour une période de maximum 6 mois à dater du jour de la signature et pour un seul traitement de stimulation. Elle doit être renouvelée à chaque nouvelle tentative.

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.