

CONVENTION RELATIVE A LA CONGELATION DE SPERME POUR RAISON MEDICALE

Je (nous) soussigné(e)(s),

Patient

Si patient MINEUR, Parents ou Tuteur légal :

NOM : NOM (père ou tuteur) : (mère) :

PRENOM : PRENOM (père ou tuteur) : (mère) :

Date Naissance : Date Naissance (père ou tuteur) : (mère) :

DOMICILE : Rue..... N°

Code postal : Ville..... Pays :

I. Certifie(ons) :

- Avoir été dûment informé(e)(s), de manière extensive, des diverses implications de la congélation de sperme et notamment :
 - Qu'une partie des spermatozoïdes, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation ;
 - Qu'au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des spermatozoïdes peut également survenir dans diverses circonstances et que par conséquent le CPMA ne peut garantir ni être tenu responsable de la qualité des spermatozoïdes lors de la décongélation ;
 - Qu'un, plusieurs ou la totalité des échantillons de sperme pourrai(en)t ne pas être congelé(s) ou conservé(s) en raison d'une qualité insuffisante, d'une sérologie inconnue ou encore positive pour certains pathogènes ;
 - Que, depuis le 1^{er} mai 2017, les frais inhérents à la cryopréservation de sperme sont pris en charge par la mutuelle, pour autant que l'indication soit oncologique, que le dossier ait été discuté en commission oncologique multidisciplinaire (COM) et que le prélèvement ait lieu avant le 45^{ème} anniversaire.
- Que cette congélation est réalisée **pour une raison médicale (cochez SVP) :**
 - Avant traitements médicaux, chirurgicaux ou radiothérapeutiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation et que les conditions de remboursement de la cryopréservation de sperme (telles que citées ci-dessus) sont remplies ;
 - Ne remplissant pas les conditions de remboursement, à savoir **(cochez SVP) :**
 - Avant traitements médicaux, chirurgicaux ou radiothérapeutiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation MAIS que les conditions de remboursements ne sont PAS remplies ;
 - Echantillons spermatiques cryptozoospermiques, issus d'une biopsie testiculaire, d'une ponction épидидymaire ou obtenus suite à une éjaculation rétrograde.
- Avoir été dûment informé(e)(s) que, si les conditions de remboursement ne sont pas remplies, cette congélation est conditionnée au paiement, **au plus tard dans les deux mois suivant la congélation**, du montant prévu pour cet acte ;
- Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
 - La présente convention peut à tout moment être modifiée de commun accord et avant exécution de la dernière instruction donnée. Le(a)(s) signataire(s) de la convention initiale, ou le patient devenu majeur, doit(vent) contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant son(leur) intention ;

- o Au terme du délai de conservation initial (cf. point III 1), la conservation peut être prolongée pour une période de CINQ (5) ans, renouvelable, La demande de prolongation, formulée par courrier recommandé, est sous la responsabilité du (de la)(des) signataire(s) de la convention initiale, ou du patient devenue majeur, le CPMA ne prend pas l'initiative de la reprise de contact ;
 - o Cette prolongation, soumise à l'accord du CPMA, fera l'objet d'une nouvelle convention et est conditionnée au paiement des frais de conservation.
5. Avoir reçu les informations relatives à la congélation de sperme, les avoir comprises et jugées suffisantes pour me(nous) permettre de prendre une décision réfléchie et responsable, après un délai de réflexion.

II. Marque(ons) mon(notre) accord, sciemment et librement :

1. Au prélèvement de mon sperme (celui de mon (notre) fils/pupille), à son traitement et à sa cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure ;
2. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales (celles de mon (notre) fils/pupille), sous formes codées excluant toute identification possible.

III. Sollicite(ons) : par cette convention que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité des spermatozoïdes le permette :

1. Le délai de cryopréservation des gamètes est de DIX (10) ans, à dater du jour de la congélation. A ma (notre) demande expresse, ce délai est réduit à **(cochez votre choix) :**
 1 an 2ans 3ans 4 ans 5 ans 6 ans 7 ans 8 ans 9 ans
2. A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je (nous) marque(ons) mon accord pour que le sperme soit **(cochez votre choix) :**

- Détruit ;
- Intégré à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

Je (nous) choisis(sons) de destiner mon sperme au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) **(cochez votre(vos) choix, au moins un des deux domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus) :**

- Amélioration de techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA.

J'(nous) accepte(ons) que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire. Les spermatozoïdes destinés à la recherche ne seront en aucun cas impliqués dans un projet parental.

3. **Insémination post-mortem :** Tel que prévu par la Loi, la mise à disposition post-mortem de sperme est possible chez une patiente après le décès du partenaire. L'insémination post-mortem n'est autorisée en Belgique que dans un intervalle de 6 mois à 2 ans suivant le jour du décès et pour autant que la demande soit clairement formulée au préalable sur la présente convention entre le CPMA et les auteurs du projet parental initial.

Je demande expressément le recours aux possibilités d'insémination post-mortem de mon sperme cryopréservé **(cochez votre choix) :**

- Oui, uniquement en faveur de Madame :
NOM :
PRENOM :
Date de naissance :
- Non

Le CPMA se réserve la décision d'accepter ou non l'insémination post-mortem en fonction de l'évaluation pluridisciplinaire du projet parental de la patiente survivante.

Lu et approuvé
Monsieur, Tuteur légal ou Père
(Date et signature)

Lu et approuvé
Mère
(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.