



Tel 04/225 65 75
Fax 04/225 66 57
Web: <http://www.cpma-ulg.be>

CONVENTION RELATIVE A LA CONGELATION DE SPERME POUR RAISON MEDICALE.

Je soussigné,

NOM : (patient)

PRENOM :

Date Naissance :

Si patient **MINEUR** : Parent/Tuteur légal :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

DOMICILE : Rue..... N°.....

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

Certifie :

avoir reçu les informations relatives à la congélation de sperme, les avoir comprises et jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision réfléchie et responsable.

J'ai ainsi été informé qu'une partie des spermatozoïdes et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation.

Au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des spermatozoïdes peut également survenir dans diverses circonstances.

Pour ces raisons, je suis conscient et accepte que le CPMA ne puisse garantir ni être tenu responsable de la qualité des spermatozoïdes lors de la décongélation.

J'ai également été informé qu'un, plusieurs ou la totalité de mes échantillons de sperme pourrai(en)t ne pas être congelés ou conservés en raison d'une qualité insuffisante, d'une sérologie inconnue ou encore d'une sérologie positive pour le HIV.

Marque mon accord, sciemment et librement

- Au prélèvement de mon sperme (celui de mon fils/pupille), à son traitement et à sa cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure.
- Pour que ces données médicales –sous formes codées excluant toute identification possible– soient mises à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales

Sollicite que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité du sperme le permette :

1. Cette congélation est réalisée **pour une raison médicale** :

- Traitements médicaux, chirurgicaux (à l'exception de la vasectomie pour stérilisation volontaire) ou radiothérapeutiques interférant avec les possibilités ultérieures de procréation.
- Echantillons spermatiques cryptozoospermiques, issus d'une biopsie testiculaire, d'une ponction épидидymaire ou obtenus suite à une éjaculation rétrograde.

2. Le délai de cryopréservation des gamètes est de **10 (dix) ans**, à dater du jour de la congélation.
A ma demande expresse, ce délai sera réduit à : 1 an - 2ans - 3ans - 4 ans - 5 ans
 6 ans - 7 ans - 8 ans - 9 ans

J'ai été informé que cette congélation était conditionnée au paiement, **au plus tard dans les deux mois suivant la congélation**, du montant prévu pour cet acte.

3. A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je marque mon accord pour que ces spermatozoïdes soient :
- détruits.
 - intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

4. Modification de la convention

Cette convention peut être modifiée jusqu'à l'accomplissement de la dernière instruction donnée, sous réserve de l'expiration du délai de conservation des spermatozoïdes.

Ces modifications doivent faire l'objet d'un document écrit signé par les toutes les parties signataires de la convention initiale.

Dans tous les cas, le CPMA tiendra compte de la dernière instruction signée de commun accord.

Lu et approuvé.

Monsieur
(date et signature)

Si patient **MINEUR** :

PARENT/TUTEUR
(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.