

Convention relative à la congélation de sperme pour raison médicale

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) :

Adresse mail@.....

DOMICILE : Rue..... N°

Code postal : Ville..... Pays :

I. Certifié(ons) :

1. Avoir été dûment informé(e)(s), de manière extensive, des diverses implications de la congélation de sperme et notamment :
 - o Qu'une partie des spermatozoïdes, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation ;
 - o 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 ;
 - o 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 ;
 - o Que, pour certaines indications, les frais inhérents à la cryopréservation de gamètes sont pris en charge par la mutuelle, pour autant que le prélèvement ait lieu avant le 45^{ème} anniversaire.
 - o Que le CPMA se garde le droit, suite à une évaluation pluridisciplinaire du projet parental, de refuser l'utilisation ultérieure des spermatozoïdes cryopréservés.

2. Que cette congélation est prise en charge selon les conditions mentionnées dans la convention en vigueur entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et les établissements de soins en vue de la prise en charge de la préservation de la fertilité (**cochez SVP**) :
 - Oui
 - Non
 - .

3. 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 ;

4. Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
 - o 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 10 ans si le prélèvement est réalisé à partir de 16 ans et de 20 ans si le prélèvement est réalisé avant le 16^{ème} anniversaire..
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 le sperme au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) **(cochez votre(vos) choix, au moins un des trois domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus)** :

- Amélioration de techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques en relation avec le Matériel Corporel Humain reproducteur.

J'accepte que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire ou par un autre laboratoire indépendant du CPMA, dans le cadre de la Biothèque Hospitalo-Universitaire de Liège. Les spermatozoïdes destinés à la recherche ne seront en aucun cas impliqués dans un projet parental. A défaut d'utilisation des gamètes destinés à la recherche scientifique, en tout ou en partie, dans un délai de 2 ans à dater de l'expiration du délai de conservation prévu dans cette convention, ceux-ci seront automatiquement détruits.

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 est autorisée en Belgique dans des conditions bien précises de réalisation prévues par la loi et pour autant que la demande soit clairement formulée au préalable sur la présente convention entre le CPMA et les 2 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.