

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>

## CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO AVEC DON D'OVOCYTES

Je (Nous) soussigné(e)(s),

NOM ..... NOM .....  
 PRENOM ..... PRENOM .....  
 Date Naissance ..... Date Naissance .....  
 DOMICILE : Rue..... N° .....  
 Code postal :..... Ville..... Pays : .....  
 Téléphone : .....

### I. Certifie(ons) :

1. Avoir été dûment informé(e)(s), de manière extensive, des diverses implications de ce traitement de fécondation in vitro et notamment :
  - o Que le succès du traitement ne peut être assuré ;
  - o Que les ovocytes sont sensibles aux manipulations qui leur sont faites et que par conséquent tous ne survivront probablement pas à la décongélation ;
  - o Du recours à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour assurer la fécondation de l'ovocyte ayant été préalablement vitrifié ;
  - o Que le transfert se fera uniquement avec des embryons cryopréservés ;
  - o Des modalités légales régissant le nombre d'embryons transférés et le devenir des embryons surnuméraires mais également du fait qu'un transfert mono-embryonnaire sera préconisé du fait du don d'ovocyte ;
  - o Des risques accrus lors de grossesses liées au don d'ovocytes, tels que la pré-éclampsie, le retard de croissance intra-utérin, la prématurité... ;
  - o Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche ;
  - o Des risques de malformations fœtales et des possibilités de détection prénatale de certaines de ces malformations ;
  - o Du caractère anonyme des dons issus de la banque d'ovocytes du CPMA. Le don non anonyme (« connu dirigé ») résultant d'un accord entre une donneuse et une receveuse est toutefois autorisé.
  - o Qu'à compter de l'insémination des gamètes donnés, les règles de la filiation telles qu'établies par le Code Civil jouent en faveur du ou des auteurs du projet parental ayant reçu lesdits gamètes. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux n'est ouverte aux donneurs de gamètes. De même, aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux ne peut être intentée à l'encontre du ou des donneur(s) de gamètes par le(s) receveur(s) de gamètes et par l'enfant né de l'insémination (Art.56 de la loi du 6 juillet 2007) ;

- Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA.
  - De la nécessité de prévenir immédiatement le CPMA en cas de souhait d'arrêt de traitement suite à une séparation ou d'un désaccord pour le projet parental ;
  - De la nécessité, en cas de recours à une donneuse d'ovocytes anonymes, d'avoir des paillettes de sperme congelées avant la réservation des ovocytes.
  - Que ces ovocytes seront conservés pour un délai de maximum de 6 mois après leur réception. Si ceux-ci ne sont pas mis en fécondation endéans ce délai,
    - En l'absence de nouvelles de votre part, une fois ce délai écoulé, les ovocytes non utilisés reviendront au CPMA ;
    - Si vous souhaitez les conserver, vous devrez recontacter [don.cpma@chrcitadelle.be](mailto:don.cpma@chrcitadelle.be) avant la fin de ce délai de 6 mois, pour signer la convention ad hoc et payer les frais de réservation ;
  - De l'obligation de tenir le CPMA informé de tout changement d'adresse (mail et postale), et ce jusqu'à la majorité de l'enfant ; le CPMA pouvant vous contacter ultérieurement en cas de découverte a posteriori d'une particularité génétique chez la donneuse.
2. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour me(nous) permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

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

1. Le cas échéant, au prélèvement du sperme du conjoint, à sa congélation au préalable et à son traitement par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée ;
2. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes(nos) données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

**III. Sollicite(ons) :**

Le Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) pour la réalisation d'une fécondation in vitro avec ovocytes d'une donneuse :

- Anonyme**
- Connue dirigée** en la personne de Madame :  
NOM : .....  
PRENOM : .....  
Date de naissance : .....

**IV. M'(Nous) engage(ons) à transmettre au CPMA les résultats :**

1. Des contrôles de suivi de stimulation (biologies et échographies), aux dates indiquées par le centre PMA et ce avant 13:00 lorsque ceux-ci sont réalisés en externe ;
2. Du transfert d'embryon(s) (positif ou négatif) ainsi que les données relatives à l'accouchement et à la santé de l'enfant né issu d'un don afin de permettre au centre d'assurer un suivi des traitements tel que prévu par la législation.

Lu et approuvé.  
(Date et signature)

Lu et approuvé.  
(date et signature)

Pour le CPMA  
(cachet et signature)

Fait à Liège, le ....., en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.