

CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} 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),

Madame

Monsieur,
Madame,

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 Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire ;
 - o De l'éventualité du recours à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour assurer la fécondation de l'ovocyte par un sperme congelé ou en cas de pathologie spermatique ;
 - o Des modalités légales régissant le nombre d'embryons transférés et le devenir des embryons surnuméraires ;
 - 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.
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 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.
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.