



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

ACCORD PREALABLE A TOUTE DECONGELATION D'EMBRYONS CRYOPRESERVES

Nous soussignés,

Madame

Madame, Monsieur

NOM :
PRENOM :

NOM :
PRENOM :

Date Naissance :

Date de naissance :

1. Sollicitons du Centre de Procréation Médicalement Assistée la décongélation et le transfert de nos embryons surnuméraires cryopréservés.

2. Souhaitons, si la procédure permet l'obtention d'embryon(s) transférable(s), limiter à :

- Un seul embryon
 - Deux embryons maximum
- le nombre d'embryon(s) à transférer.

3. Reconnaissons avoir été avertis des modalités de transfert suivantes :

La présence des deux auteurs du projet parental munis de leur document d'identité, est nécessaire lors du transfert embryonnaire. Si pour une raison de force majeure, votre conjoint ou compagne ne peut vous accompagner, il est impératif que vous soyez en possession de sa carte d'identité.

Aucun transfert d'embryon(s) congelé(s) ne sera effectué sans ces documents.

L'annulation du transfert conduit à la perte des embryons.

4. Marquons notre accord pour que nos données médicales – sous formes codées excluant toute identification possible- soient mises à disposition des instances externes de contrôles nationales et internationales.

Lu et approuvé.

Lu et approuvé.

Madame
(Date et signature)

Madame, Monsieur
(Date et signature)

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