



DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
UNIVERSITE DE LIEGE

CENTRE DE PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE
CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} de Ligne, 1
B 4000 LIEGE

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

ACCORD PREALABLE A LA DECONGELATION D'OVOCYTES CRYOPRESERVES

Je soussignée, Madame,

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse : Rue, n°
Code postal : Ville :
Pays :

Sollicite : du CPMA la décongélation et l'utilisation de mes ovocytes cryopréservés afin de les utiliser pour une tentative de fécondation in vitro.

Certifie avoir été avertie des modalités suivantes :

Le nombre d'ovocytes à décongeler et à mettre en culture en vue d'une tentative de fécondation in vitro a été fixé en consultation par le médecin responsable de mon dossier et dépend notamment de la quantité initiale des ovocytes et de leur taux de survie après décongélation.

Dans le cadre d'une démarche de couple, la présence des deux auteurs du projet parental, munis de leurs documents d'identité, est nécessaire le jour de la décongélation et de la fécondation des ovocytes. Si pour une raison de force majeure, l'un d'entre eux ne peut être présent, l'autre doit impérativement se présenter muni des deux cartes d'identité ou passeports.

Aucune décongélation d'ovocytes ne sera entreprise sans ces documents.

Le devenir d'éventuels embryons surnuméraires sera fixé par convention entre le CPMA et les auteurs du projet parental.

Marque mon accord pour que mes données médicales – sous forme codée excluant toute identification possible – soient mises à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales.

Madame
Lu et approuvé
(date et signature)

Pour le CPMA
Le médecin en
charge du dossier

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