



Tel 04/321 65 75  
Fax 04/321 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 : .....

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

2. **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, les deux auteurs du projet parental doivent se présenter au CPMA munis de leurs documents d'identité le jour de la décongélation des ovocytes (ou dans les 2-3 jours qui précèdent quand le sperme à utiliser a été préalablement congelé). 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.

3. **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.

**Signatures**, avec la mention manuscrite 'Lu et approuvé'

*Patiente*

*Pour le CPMA*  
(cachet et signature du médecin)

Date : .....

Date : .....

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