



CHR CITADELLE  
Boulevard du XII<sup>ème</sup> de Ligne, 1  
B-4000 LIEGE  
Tel +32 4/321 65 75  
Fax +32 4/321 66 57  
Web <http://www.cpma-ulg.be>

## ACCORD PREALABLE A TOUTE DECONGELATION D'OVOCYTES CRYOPRESERVES

Je soussignée, Madame

NOM ..... PRENOM .....

Date Naissance .....

DOMICILE : Rue..... N° .....

Code postal :..... Ville..... Pays : .....

ADRESSE MAIL : .....

Téléphone : .....

I. Certifie avoir été dûment informée 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.
- Le présent accord est valide pendant 6 mois à dater du jour de la signature. Il n'est valable que pour une seule décongélation et doit être renouvelé à chaque décongélation ;

II. Sollicite du Centre de Procréation Médicalement Assistée la décongélation et l'utilisation de mes ovocytes cryopréservés afin de les utiliser pour une tentative de fécondation in vitro.

Ces ovocytes seront fécondés avec le sperme :

- de mon partenaire :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- d'un donneur

- III. Marque mon accord, sciemment et librement : A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

Lu et approuvé.  
Madame  
(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.