

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

## CONVENTION DE TRAITEMENT PAR INSEMINATION AVEC SPERME DU CONJOINT (IAC)

Nous soussignés,

Madame

Monsieur

NOM .....

NOM .....

PRENOM .....

PRENOM .....

Date Naissance .....

Date Naissance .....

Adresse mail .....@.....

Adresse mail .....@.....

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### I. Certifions :

1. Avoir été dûment informés, de manière extensive, des diverses implications du traitement par insémination artificielle et notamment :
  - o Que le succès du traitement ne peut être assuré ;
  - o Des risques inhérents au traitement éventuel de stimulation ovarienne ainsi que des complications potentielles liées à tout geste intra utérin ;
  - o De la nécessité d'avoir recours à diverses techniques de capacitation du sperme (migration sur gradient, ...) en fonction de la qualité initiale du prélèvement de la possibilité d'annulation de l'insémination si la qualité du prélèvement ne remplit pas les normes suffisantes ;
  - o Des risques obstétricaux pouvant être majorés suite à l'infertilité et à la prise en charge en procréation médicalement assistée :
    - Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche ;
    - Des risques de malformations fœtales et des possibilités de détection prénatale de certaines de ces malformations ;
  - o De la nécessité d'avoir un dossier médical et administratif en ordre avant de débuter le traitement, sans quoi l'inscription ne sera pas autorisée et le traitement sera reporté ;
  - o **Que cette convention vaut pour l'ensemble des IAC nécessaires à la réalisation éventuelle de notre projet parental.** La présente convention peut néanmoins être modifiée à tout moment de commun accord. Les signataires de la convention initiale doivent contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant leur intention et une nouvelle convention sera alors signée ;
  - o 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 nous permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

### II. Marquons notre accord, sciemment et librement :

1. 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 nos données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

**III. Sollicitons :**

Le Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) pour la réalisation d'insémination(s) avec sperme du conjoint (IAC) au sein de notre couple.

**IV. Nous engageons** 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. De l'insémination (positif ou négatif) ainsi que les données relatives à l'accouchement 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.