

## Convention relative à la congélation d'ovocytes pour raison non médicale

Je soussignée,

NOM : .....

PRENOM : .....

Date Naissance : .....

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

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### I. Certifie :

1. Avoir été dument informée, de manière extensive, des diverses implications de ce traitement et notamment :
  - o Des modalités et des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire ;
  - o Qu'une partie des ovocytes, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation ;
  - o Qu'au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des ovocytes peut également survenir dans diverses circonstances et que par conséquent le CPMA ne peut garantir ni être tenu responsable de la qualité des ovocytes lors de la décongélation ;
  - o Qu'un, plusieurs ou la totalité de mes ovocytes pourrai(en)t ne pas être congelé(s) ou conservé(s) en raison d'une qualité insuffisante, d'une sérologie inconnue ou encore positive pour certains pathogènes ;
  - o Que la mise en fécondation des ovocytes congelés nécessite le recours à la microinjection cytoplasmique du spermatozoïde (ICSI) ;
  - o Que cette congélation est conditionnée au paiement, **au plus tard dans les deux mois suivant la congélation**, du montant prévu pour cet acte ;
  - o Que le CPMA se garde le droit, suite à une évaluation pluridisciplinaire du projet parental, de refuser l'utilisation ultérieure des ovocytes cryopréservés.
2. Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
  - o La présente convention peut à tout moment être modifiée de commun accord et avant exécution de la dernière instruction donnée. La signataire de la convention initiale doit contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant son intention ;
  - o Au terme du délai de conservation initial (cf. point III 1), la conservation peut être prolongée à la demande de la signataire, formulée par courrier recommandé. La demande de prolongation est sous la responsabilité de la signataire de la convention initiale, le CPMA ne prend pas l'initiative de la reprise de contact.
  - o Cette prolongation, soumise à l'accord du CPMA, fera l'objet d'une nouvelle convention et est conditionnée au paiement des frais de conservation.
3. Avoir reçu les informations relatives à la congélation d'ovocytes, les avoir comprises et jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision réfléchie et responsable.

**II. Marque mon accord, sciemment et librement :**

1. Au prélèvement de mes ovocytes au terme d'un traitement de stimulation ovarienne, à leur traitement et à leur cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure ;
2. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

**III. Sollicite :** par cette convention que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité des ovocytes le permette :

1. Le délai de cryopréservation des gamètes est de DIX (10) ans, à dater du jour de la congélation.
2. A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je marque mon accord pour que ces ovocytes soient :
  - Détruits ;
  - Affectés à un programme de don anonyme d'ovocytes ;
  - Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.
- Dans l'hypothèse d'un **don anonyme d'ovocytes**, je m'engage à me soumettre à tout examen et à fournir toutes les informations médicales nécessaires pour permettre au CPMA de s'assurer du respect des garanties de sécurité définies par la loi du 6 juillet 2007.  
Si les résultats de ces examens s'avéraient incompatibles avec le don, ou en l'absence d'informations complètes, mes ovocytes seraient :
  - Détruits ;
  - Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.
- Je choisis de destiner mes ovocytes au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) **(cochez votre(vos) choix, au moins un des deux domaines si vous avez choisi « recherche » ci-dessus) :**
  - Amélioration de techniques de base de PMA ;
  - Mise au point de nouvelles techniques de PMA.
  - Mise au point de nouvelles techniques utilisant le Matériel Corporel Humain reproducteur

J'accepte que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire ou en dehors du CPMA dans le cadre de la Biothèque Universito-Hospitalière de Liège (BHUL). Les gamètes destinés à la recherche ne seront en aucun cas impliqués dans un projet parental.

A défaut d'utilisation des gamètes destinés à la recherche scientifique, en tout ou en partie, dans un délai de 2 ans à dater de l'expiration du délai de conservation prévu dans cette convention, ceux-ci seront automatiquement détruits.

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.