

CHR CITADELLE  
Boulevard du XII<sup>ème</sup> de Ligne, 1  
B-4000 LIEGE  
Tel 04/321 65 75  
Fax 04/321 66 57  
Web <http://www.cpma-ulg.be>

## ACCORD PREALABLE A TOUTE DECONGELATION D'EMBRYONS CRYOPRESERVES

Je (Nous) soussigné(e)(s),

Madame

Monsieur, Madame

NOM .....

NOM .....

PRENOM .....

PRENOM .....

Date Naissance .....

Date Naissance .....

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

I. Certifie(ons) avoir été dûment informé(e)(s) des modalités suivantes :

- o La signature du présent document est indispensable avant toute décongélation d'embryons et doit parvenir au CPMA dans les jours qui précèdent le transfert ;
- o Le jour du transfert, la présence des deux auteurs du projet parental munis de leurs documents d'identité est souhaitable. La patiente qui se présente non accompagnée devra impérativement fournir au médecin un document d'identité original et non périmé appartenant à son(sa) partenaire. Contactez rapidement le CPMA en cas de problème à ce sujet ;
- o **Aucun transfert ne sera effectué sans possibilité de vérification des documents d'identité ;**
- o Le présent accord est valide pendant 6 mois à dater du jour de la signature. Il n'est valable que pour un seul transfert et doit être renouvelé à chaque décongélation ;
- o La loi belge n'autorise pas le transfert simultané de plus de deux embryons décongelés.

II. Sollicite(ons) du Centre de Procréation Médicalement Assistée la décongélation et le transfert de mes(nos) embryons cryopréservés, pour autant que leur qualité le permette.

III. Souhaite(ons) le transfert de :

- Un seul embryon,
- Deux embryons, **sous réserve de l'accord du CPMA.**

**Afin de réduire le risque de grossesse multiple, le CPMA peut limiter le transfert à un seul embryon (par exemple, chez les patientes jeunes, déjà mères, bénéficiant d'un transfert d'embryon au stade de blastocyste (J5) ou de don d'ovocytes,...)**

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.