

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>

## CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO AVEC DON D'OVOCYTES ENTRE PARTENAIRES & DON DE SPERME

Nous soussignées,

Madame  
(identité de la receveuse d'ovocytes)

Madame  
(identité de la donneuse d'ovocytes)

NOM .....

NOM .....

PRENOM .....

PRENOM .....

Date Naissance .....

Date Naissance .....

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### I. Certifions :

1. Avoir été dûment informées, de manière extensive, des diverses implications de ce traitement de fécondation in vitro et notamment :
  - o Que le succès du traitement ne peut être assuré ;
  - o Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire ;
  - o De l'éventualité du recours à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour assurer la fécondation de l'ovocyte par un sperme congelé ;
  - o Des modalités légales régissant le nombre d'embryons transférés et le devenir des embryons surnuméraires et qu'un transfert mono-embryonnaire sera préféré du fait du don d'ovocyte ;
  - o Des risques accrus lors de grossesses liées au don d'ovocytes, tels que la pré-éclampsie, le retard de croissance intra-utérin, la prématurité,...
  - o Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche ;
  - o Des risques de malformations fœtales et des possibilités de détection prénatale de certaines de ces malformations ;
  - o Du caractère anonyme des dons issus de la banque de sperme du CPMA. Le don non anonyme (« connu dirigé ») résultant d'un accord entre un donneur et une receveuse est toutefois autorisé ;
  - o Qu'à compter de l'insémination des gamètes donnés, les règles de la filiation telles qu'établies par le Code Civil jouent en faveur du ou des auteurs du projet parental ayant reçu les spermatozoïdes. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux n'est ouverte aux donneurs de spermatozoïdes. De même, aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux ne peut être intentée à l'encontre du ou des donneur(s) de spermatozoïdes par le(s) receveur(s) de ceux-ci et par l'enfant né de l'insémination (Art.56 de la loi du 6 juillet 2007) ;

- 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 et au traitement des ovocytes de la patiente « donneuse » 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.
3. Dans le cas du don de sperme connu dirigé, à régler les frais de conservation de 100 euros pour un an préalablement à la congélation. Dans le cas où ce paiement ne serait pas effectué l'échantillon de sperme sera détruit.

**III. Sollicitons :**

Le Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) pour la réalisation d'une fécondation in vitro avec :

1. Don d'ovocytes entre partenaires
2. Sperme de donneur :
  - Anonyme**
  - Connu dirigé** en la personne de Monsieur :

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

**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. Du transfert d'embryon(s) (positif ou négatif) ainsi que les données relatives à l'accouchement et à la santé de l'enfant né issu d'un don 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.  
La partenaire,  
(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.