



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>

## CONSENTEMENT AU TRAITEMENT EN PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE LORS DE LA PANDEMIE DE COVID-19

Je (Nous) soussigné(e)(s),

Madame

Madame/Monsieur,

NOM .....

NOM .....

PRENOM .....

PRENOM .....

Date Naissance .....

Date Naissance .....

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

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

DOMICILE : Rue..... N° .....

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

### I. Certifie (ons) :

1. Avoir reçu les informations liées à la pandémie de COVID-19 ;
2. Répondre honnêtement quant à une éventuelle exposition au virus au moment de compléter les différents questionnaires et accepter de réaliser d'éventuels examens complémentaires de dépistage ;
3. Avoir été informé(e)(s) de la possibilité de reporter mon (notre) projet parental au vu de la crise sanitaire actuelle ;
4. Avoir été informé(e)(s) des avantages, mais aussi des inconvénients et risques inhérents à un traitement de fécondation in vitro (FIV), insémination ou transfert embryonnaire au vu la pandémie actuelle ;
5. Accepter que tous les risques et complications liés au COVID-19 qui pourraient survenir lors d'un traitement ou de la grossesse en résultant ne sont pas nécessairement connus actuellement et imputables au centre de PMA et aux médecins y travaillant ;
6. Avoir été informé(e)(s) qu'il n'est pas possible à ce jour de garantir que les gamètes (sperme de monsieur et ovocytes de madame) et/ou les embryons utilisés sont porteurs ou non du virus responsable du COVID-19 ;
7. Être conscient(e)(s) qu'il est impossible à l'équipe médicale de garantir que le virus responsable du COVID-19 n'aura pas d'impact à long/moyen ou court terme sur l'enfant à naître ou son développement ultérieur ;
8. Être conscient(e)(s) de devoir reporter mon (notre) projet parental de 28 jours après une éventuelle exposition au virus responsable du COVID-19 ;
9. Être conscient(e)(s) de devoir reporter mon (notre) projet parental de 28 jours après la disparition des symptômes et la fin du traitement en cas d'infection confirmée ;
10. Respecter les consignes internes de l'hôpital (mesures barrières, port du masque, distanciation social, pré-tri à l'admission...) ;

11. Éviter toute exposition inutile et respecter les distanciations sociales et les gestes barrières avant et tout au long du traitement y compris sur le lieu de travail et dans la vie privée ;
12. Avoir demandé au CPMA, de ma/notre propre initiative et en absence de contraintes, de procéder à ce traitement de fertilité en connaissance des informations actuelles liées à la pandémie de COVID-19 ;
13. Être conscient(e)(s) du risque que le traitement puisse être stoppé à n'importe quelle étape du cycle en fonction de la crise sanitaire ou d'une éventuelle détection du virus chez moi ou mon/ma partenaire.

**II. Marque(ons) notre accord, sciemment et librement :**

Au démarrage de notre traitement de PMA en cette période de pandémie de COVID-19.

Lu et approuvé.  
Madame  
(Date et signature)

Lu et approuvé.  
Le/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.