



CHR CITADELLE
Boulevard du XII^{ème} 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 LA 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 la 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. Un test PCR est requis en cas de FIV au début et à la fin de la stimulation pour la patiente (ainsi que pour son partenaire si couple hétérosexuel) ou dans les 3 jours qui précèdent une cryopréservation de gamètes ou tissu gonadique ;
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 de la pandémie actuelle ;
5. Accepter que tous les risques et complications liés à la COVID-19 qui pourraient survenir lors d'un traitement ou de la grossesse en résultant ne sont pas connus actuellement ni imputables au centre de PMA ou au personnel 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 de la COVID-19 ;
7. Avoir été informé(e)(s) que les donneurs allogènes de sperme ne sont actuellement pas testés par PCR, et qu'il n'est donc pas possible à ce jour de garantir que ce sperme soit exempt de virus. Par ailleurs, il n'a toujours pas été démontré qu'un sperme contaminé par la COVID-19 puisse infecter une receveuse ;
8. Être conscient(e)(s) qu'il est impossible à l'équipe médicale de garantir que le virus responsable de la COVID-19 n'aura pas d'impact à long/moyen ou court terme sur l'enfant à naître ou son développement ultérieur ;
9. Être conscient(e)(s) de devoir reporter mon (notre) projet parental de 28 jours après une éventuelle exposition au virus responsable de la COVID-19 ;

10. 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 ;
11. Respecter les consignes internes de l'hôpital de la Citadelle et les consignes nationales/locales en vigueur au moment de mon(notre) traitement (mesures barrières, port du masque, distanciation sociale, pré-tri à l'admission, définition géographique des « zones rouges », ...) ;
12. 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 ;
13. 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 ;
14. Être conscient(e)(s) du risque que le traitement puisse être stoppé à n'importe quelle étape du cycle en fonction de l'évolution de la crise sanitaire ou d'une éventuelle détection du virus chez moi ou mon(ma) partenaire ;
15. Avoir reçu les informations par rapport à la vaccination préconceptionnelle.

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.