

## CONVENTION DE TRAITEMENT PAR INSEMINATION ARTIFICIELLE AVEC SPERME DE DONNEUR (IAD)

Je (Nous) soussigné(e)(s),

Madame

Monsieur,  
Madame,

NOM ..... NOM .....

PRENOM ..... PRENOM .....

Date de naissance ..... Date de naissance .....

Adresse postale Rue ..... Numéro : .....

Ville ..... Code Postal ..... Pays .....

Adresse mail .....

### I. Certifie(ons) :

1. Avoir été dûment informé(e)(s), de manière extensive, des diverses implications de ce traitement par insémination artificielle et notamment :
  - o Que le succès du traitement ne peut être assuré ;
  - 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 lesdits gamètes. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux n'est ouverte aux donateurs de gamètes. 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 gamètes par le(s) receveur(s) de gamètes et par l'enfant né de l'insémination (Art.56 de la loi du 6 juillet 2007) ;
  - o Des risques inhérents au traitement éventuel de stimulation ovarienne ainsi que des complications potentielles liées à tout geste intra utérin ;
  - o Des risques obstétricaux pouvant être majorés à la suite de l'infertilité et à la prise en charge en procréation médicalement assistée :
    - Des risques de grossesse multiple, de grossesse extra-utérine ou de fausse couche ;
    - Des risques de malformations fœtales et des possibilités de détection prénatale de certaines de ces malformations ;
  - o Que cette convention vaut pour l'ensemble des IAD nécessaires à la réalisation éventuelle de mon(notre) projet parental. La présente convention peut néanmoins être modifiée à tout moment de commun accord. Les signataires de la convention initiale doivent contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant leur intention et une nouvelle convention sera alors resinée ;
  - o Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA ;

- o De la nécessité, en cas de recours à un donneur anonyme, de réserver des paillettes d'un donneur préalablement à tout traitement. Ces paillettes réservées seront conservées pour un délai de maximum de 6 mois :
    - En l'absence de nouvelles de votre part, une fois ce délai écoulé, les paillettes non utilisées reviendront au CPMA ;
    - Si vous souhaitez les conserver, vous devrez recontacter [don.cpm@citadelle.be](mailto:don.cpm@citadelle.be) avant la fin de ce délai de 6 mois, pour signer la convention ad hoc et payer les frais de réservation ;
  - o De la nécessité d'avoir un dossier médical et administratif en ordre avant de débiter le traitement, sans quoi l'inscription ne sera pas autorisée et le traitement sera reporté ;
  - o De l'obligation de tenir le CPMA informé de tout changement d'adresse (mail et postale), et ce jusqu'à la majorité de l'enfant ; le CPMA pouvant vous contacter ultérieurement en cas de découverte a posteriori d'une particularité génétique chez le donneur.
2. Avoir pris connaissance du document d'informations relatives au recours à un don de gamètes en PMA (DGA.01.INF) et en particulier de son annexe « Informations par rapport au traitement des données à caractère personnel dans la base de données visée aux articles 35, § 2 et 64, § 2 de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes ».
3. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour me(nous) permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

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

A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes(nos) données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

**III. Sollicite(ons) :**

Le Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) pour la réalisation d'insémination(s) artificielles avec sperme de donneur :

- Anonyme**
- Connu dirigé** en la personne de Monsieur :
  - NOM : .....
  - PRENOM : .....
  - Date de naissance : .....

**IV. M'(Nous) engage(ons) 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. De l'insémination (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 ;
3. De santé de l'enfant issu d'un don de gamète en cas de suspicion d'une maladie héréditaire chez cet enfant ainsi que les résultats des analyses génétiques réalisées.

Lu et approuvé  
Madame  
(Date et signature)

Lu et approuvé  
Le/la partenaire  
(Date et signature)

Lu et approuvé  
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.