

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

Nous soussignées,
(identité de la receveuse d'ovocytes) (identité de la donneuse d'ovocytes)

NOM NOM

PRENOM PRENOM

Date de naissance Date de naissance

Adresse postale Rue Numéro :

Ville Code Postal Pays

Adresse mail

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 obstétricaux pouvant être majorés suite à l'infertilité et à la prise en charge en procréation médicalement assistée mais également au recours à un don double don ;
 - 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 ;
 - o De la nécessité, en cas de recours à un donneur anonyme, de réserver au minimum une paillette d'un donneur préalablement à tout traitement. Cette ou 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.cpma@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, en cas de recours à un donneur connu dirigé, d'avoir du sperme congelé et un dossier validé avant de débiter tout traitement ;
 - o De l'obligation d'avoir une date de début de stimulation programmée avant de pouvoir s'inscrire. L'absence de programmation rendra impossible l'inscription en traitement ;

- 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 des documents d'informations relatives à la fécondation in vitro (FIV.06.INF) et 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 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. Sans opposition exprimée, le patient marque son accord pour l'utilisation de ses gamètes résiduels afin de réaliser des validations de techniques de laboratoire. Les gamètes résiduels concernent les gamètes qui ne peuvent pas être utilisés pour le traitement (les ovocytes immatures ou non fécondés, ou les spermatozoïdes non nécessaires au traitement). Les gamètes impliqués dans les validations ne seront en aucun cas utilisés dans un projet parental et seront détruits à la fin de la validation. *En cas de désaccord de l'utilisation des gamètes, le patient signe et date le document ci-dessous :*

Je marque mon désaccord avec l'utilisation de mes gamètes résiduels pour la validation de techniques de laboratoire.	
Nom et Prénom :	Date :

4. 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 ;
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
(Date et signature)

Lu et approuvé
(Date et signature)

Lu et approuvé
(cachet et signature)

Fait à Liège, le, en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.