

Convention relative à la congélation de sperme pour raison non médicale

Je soussigné,

NOM :

PRENOM :

Date Naissance :

Adresse mail@.....

DOMICILE : Rue..... N°

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

I. Certifie :

1. Avoir été dûment informé, de manière extensive, des diverses implications de la congélation de sperme et notamment :
 - o Qu'une partie des spermatozoïdes, et dans certains cas la totalité, peuvent ne pas survivre à la congélation ;
 - o Qu'au cours du temps, une altération des conditions de cryopréservation des spermatozoïdes peut également survenir dans diverses circonstances et que par conséquent le CPMA ne peut garantir ni être tenu responsable de la qualité des spermatozoïdes lors de la décongélation ;
 - o Qu'un, plusieurs ou la totalité de mes échantillons de sperme pourrai(en)t ne pas être congelé(s) ou conservé(s) en raison d'une qualité insuffisante, d'une sérologie inconnue ou encore positive pour certains pathogènes ;
 - o Que cette congélation est réalisée **pour une raison non médicale (cochez SVP) :**
 - Avant vasectomie ;
 - Pour préserver mes possibilités de procréation, sans indication médicale particulière.
 - o **Que cette congélation est conditionnée au paiement**, au plus tard dans les deux mois suivant la congélation, **du montant prévu pour cet acte.**
 - o Que le CPMA se garde le droit, suite à une évaluation pluridisciplinaire du projet parental, de refuser l'utilisation ultérieure des spermatozoïdes cryopréservés.
2. Avoir reçu les informations concernant **la modification et la prolongation de la présente convention**, notamment :
 - o La présente convention peut à tout moment être modifiée de commun accord et avant exécution de la dernière instruction donnée. Le signataire de la convention initiale doit contacter le CPMA par courrier recommandé notifiant son intention ;
 - o Au terme du délai de conservation initial (cf. point III 1), la conservation peut être prolongée à la demande du signataire, formulée par courrier recommandé. La demande de prolongation est sous la responsabilité du signataire de la convention initiale, le CPMA ne prend pas l'initiative de la reprise de contact.
 - o Cette prolongation, soumise à l'accord du CPMA, fera l'objet d'une nouvelle convention et est conditionnée au paiement des frais de conservation.
3. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour me permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

II. Marque mon accord, sciemment et librement :

1. Au prélèvement de mon sperme, à son traitement et à sa cryopréservation par la banque de matériel corporel humain du CPMA en vue d'une utilisation ultérieure ;
2. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de mes données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.
3. Un maximum de 10 paillettes sont congelées sur un prélèvement de sperme et il reste dans certains cas du sperme non cryopréservé. Je marque son accord pour l'utilisation de mes gamètes résiduels afin de réaliser des validations de techniques de laboratoire. Les gamètes impliqués dans les validations ne seront en aucun cas utilisés dans un projet parental et seront détruites à la fin de la validation.

En cas de désaccord de l'utilisation des gamètes dans cette optique, le patient doit signer et dater la case ci-dessous :

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

III. Sollicite : par cette convention que les dispositions suivantes soient prises, pour autant que la qualité du sperme le permette :

1. Le délai de cryopréservation des gamètes est de DIX (10) ans, à dater du jour de la congélation.
2. A l'échéance du délai de conservation ou en cas d'incapacité permanente de décision ou de décès, je marque mon accord pour que ces spermatozoïdes soient :
 - Détruits ;
 - Intégrés à un programme de recherche, conformément à la loi du 11 mai 2003.

Je choisis de destiner mon sperme au(x) domaine(s) scientifique(s) suivant(s) **(cochez votre(vos) choix, au moins un des trois domaines si vous avez choisi « recherches » ci-dessus) :**

- Amélioration des techniques de base de PMA ;
- Mise au point de nouvelles techniques de PMA.
- Autre

J'accepte que le projet de recherche soit éventuellement conduit par le CPMA en collaboration avec un autre laboratoire ou par un autre laboratoire indépendant du CPMA, dans le cadre de la Biothèque Hospitalo_Universitaire de Liège. Le sperme destiné à la recherche ne sera en aucun cas impliqué dans un projet parental. A défaut d'utilisation des gamètes destinés à la recherche scientifique, en tout ou en partie, dans un délai de 2 ans à dater du prélèvement, ceux-ci seront automatiquement détruits.

Lu et approuvé.
Monsieur
(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.