

## CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

<b>Autorisation insémination au sein du couple</b>	<i>Rédacteur : Bernard Lejeune</i>
FE-MEDI-001- version 06	<i>Vérificateur : Deborah Desmet</i>
Date d'application : 26/03/2018	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

### Convention et consentement éclairé en vue d'une insémination intra-utérine (IIU) au sein du couple

Ce formulaire de consentement éclairé a été remis aux auteurs du projet parental

ce ..... / ..... / .....

par le Dr. ....

Signature du médecin :

Ce document tient lieu de convention entre le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHIREC, situé à :

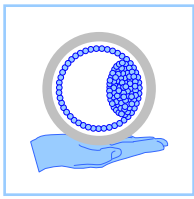
CHIREC - Site Braine L'Alleud-Waterloo :	CHIREC – Site Delta :
<b>Adresse :</b> Rue Wayez, 35 1420 Braine-l'Alleud	<b>Adresse :</b> Boulevard du Triomphe, 201 1160 Bruxelles
<b>Tél :</b> + 32 2 434 95 55 les jours ouvrables	<b>Tél :</b> + 32 2 434 81 73 les jours ouvrables
<b>Fax :</b> + 32 2 434 95 56	<b>Fax :</b> + 32 2 434 81 98
<b>E-mail :</b> <a href="mailto:pma.hbw@chirec.be">pma.hbw@chirec.be</a>	<b>E-mail :</b> <a href="mailto:pma.delta@chirec.be">pma.delta@chirec.be</a>

Et d'autre part, les auteurs du projet parental :

NOM – Prénom :	NOM – Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Etiquette Madame – A ajouter le jour de l'IIU	Etiquette Monsieur – A ajouter le jour de l'IIU

Adresse(s) e-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_



## CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

<b>Autorisation insémination au sein du couple</b>	Rédacteur : Bernard Lejeune
FE-MEDI-001- version 06	Vérificateur : Deborah Desmet
Date d'application : 26/03/2018	Approbateur : Romain Imbert

Nous, Madame ....., née le ..... / ..... / .....

Et Monsieur ....., né le ..... / ..... / .....

Auteurs du projet parental,

- Autorisons l'insémination de Madame .....
- A l'aide du sperme fourni par Monsieur .....
- Pour l'insémination de ce ..... / ..... / 20.....

**J'ai / Nous avons bien reçu le document d'information détaillé sur les inséminations intra-utérines.**

**J'ai / Nous avons été informés des tarifs en vigueur au centre de PMA (fiche annexe).**

Nous avons été dûment informés des différents projets parentaux possibles, en ce compris l'adoption ainsi que des techniques de procréation médicalement assistée (PMA).

Les différents avantages de l'IIU nous ont été présentés par le Dr....., mais aussi les risques qui y sont liés, en particulier celui d'une grossesse multiple en cas de stimulation ovarienne simultanée pour tenter d'optimiser la performance ovarienne.

En cas d'utilisation de sperme cryopréservé (congelé-décongelé) nous avons été invités à signer la convention concernant l'affectation des gamètes surnuméraires cryopréservés.

Nous déclarons avoir reçu les coordonnées des personnes habilitées à assurer un accompagnement psychologique avant et au cours du processus de procréation médicalement assistée. La participation à une consultation préalable à tout traitement nous a été vivement conseillée.

Chacun de nous peut à tout moment renoncer au projet d'IIU sans devoir se justifier.

Je marque / Nous marquons notre accord pour que mes / nos données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du centre de PMA du CHIREC participant au traitement, et nous autorisons la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de PMA. Cette communication se fait sous forme codée afin que l'identité des personnes concernées ne soit pas révélée à l'organisme qui reçoit et analyse les données.

Nous certifions avoir obtenu et compris une information suffisante auprès de l'équipe de PMA du CHIREC, avoir pu poser toutes les questions et avoir eu le temps de réfléchir afin de signer librement et sans contrainte la convention.

Les soussignés marquent leur accord sur tous les points ci-dessus ;

<b>Madame :</b> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	<b>Monsieur* :</b> Date : ____ / ____ / ____ Signature :
<b>Le médecin :</b> Date : ____ / ____ / ____ Cachet et signature	

\* En cas d'absence de l'un des auteurs du projet parental, une **procuration** ainsi qu'une **copie de la carte d'identité** doivent **obligatoirement** être remises au centre de PMA.

Fait en double exemplaire (**un pour les auteurs du projet parental et un pour le centre PMA**)