Convention et Autorisation de traitement pour un cycle de Fécondation In Vitro
Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire de consentement éclairé a été remis aux auteurs du projet parental ce ……. /……/…….
par le Dr ……..

Cachet et signature du médecin :	

Ce document tient lieu de convention entre d'une part **le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHIREC**, représenté par le Docteur Romain IMBERT, Gestionnaire de la banque de MCH, et situé à :

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

Et d'autre part, le(s) **auteur(s) du projet parental** :

NOM – Prénom : Date de naissance : Adresse : Etiquette Madame – A ajouter le jour de la PU	NOM – Prénom : Date de naissance : Adresse : Etiquette partenaire (*Si nécessaire)* – A ajouter le jour de la PU

Adresse(s) e-mail : _____@_____

_____@_____

Fait à : …… le : ……/……/……

Nous, Madame ……., née le ……

et Monsieur/Madame ……., né(e) le …….

Auteur(s) du projet parental, déclare(ons)

- **avoir reçu le document d'information détaillé sur les techniques de FIV.**
- **avoir été informé(s) des frais liés à la prise en charge pour un traitement de FIV (fiche annexe).**
- avoir été informé(s) des différentes possibilités de traitement dans le cadre de la Procréation Médicalement Assistée (PMA), en ce compris l'adoption, ainsi que des limites médicales et légales de la prise en charge.
- avoir été informé(s) par le Dr _____ **(compléter)** des avantages, mais aussi des inconvénients et risques inhérents à un traitement de Fécondation In Vitro (FIV), notamment les risques d'hyperstimulation ovarienne, d'infection ou d'hémorragie.
- accepter que tous les risques et complications qui pourraient survenir lors d'un traitement ne sont pas nécessairement connu(e)s et imputables au médecin.
- avoir été informé(s) de la possibilité de recourir à un accompagnement psychologique avant, pendant et après le traitement, et avoir reçu les coordonnées d'un professionnel.
  La participation à une consultation préalable nous a vivement été recommandée.
- avoir été informé(s) que les gamètes (sperme de monsieur et ovocytes de madame) et/ou les embryons qui ne peuvent être utilisés dans le cadre du projet parental et destinés à être détruits pourront être utilisés à des fins de formation et d'amélioration de la qualité des techniques du laboratoire de PMA.
- avoir informé notre médecin référent de toute prise en charge antérieure dans un autre centre, et ne pas disposer d'embryons cryoconservés dans un autre centre.

Je marque / Nous marquons notre accord pour que nos données médicales et administratives soient mises à disposition des gynécologues du Centre de PMA du CHIREC participant au traitement, et j'autorise / 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.

Je m'engage / Nous nous engageons solidairement à assumer les frais d'hospitalisation, les honoraires médicaux et les frais du laboratoire impliqués par cette tentative de PMA ainsi que les éventuels frais supplémentaires liés à des complications prévisibles ou non.

Dans le cas où je décide / nous décidons d'interrompre le traitement de mon / notre propre chef et sans qu'aucune contre-indication médicale à poursuivre le traitement ne soit apparue, un forfait de 925€ pour les médicaments et de 300 € pour le laboratoire me / nous sera facturé.

Je déclare / Nous déclarons avoir demandé au centre de Procréation Médicalement Assistée (PMA) du CHIREC, de ma / notre propre initiative et en absence de contrainte, de procéder à une fécondation in vitro (FIV) avec si nécessaire ICSI ou IMSI et transfert d'embryons.

J'ai / Nous avons été informé(es) qu'à tout moment, les instructions signifiées dans cette convention peuvent être modifiées. Ces modifications devront faire l'objet d'un document écrit et signé par toutes les parties signataires de la présente convention.

La FIV sera réalisée avec

- ☐ les gamètes du couple (ovocytes de madame et spermatozoïdes de monsieur)
- ☐ les ovocytes de la demandeuse et le sperme reçu d'un donneur
  - ○ donneur personnel (Nom/N° : ……..)[1]
  - ○ donneur anonyme

En cas d'impossibilité d'obtenir un prélèvement de sperme, le centre peut recourir à une cryopréservation des ovocytes en urgence.

- ☐ J'accepte / Nous acceptons de recourir à la cryopréservation des ovocytes en urgence

  Dans ce cas, un consentement de cryopréservation d'ovocytes sera signé le jour du prélèvement.
- ☐ Je refuse / Nous refusons de recourir à la cryopréservation des ovocytes en urgence

Les embryons obtenus sont prioritairement destinés à être transférés chez la patiente durant le même cycle.

Devenir des embryons frais non transférés :

Je souhaite/Nous souhaitons que les embryons surnuméraires éventuels, et dès lors non utilisés, soient :

- ☐ Cryo-préservés en vue de procéder à un nouveau transfert d'embryon pour la réalisation du projet parental en cours ou d'un projet parental ultérieur. Je/Nous compléte(ons) alors le formulaire de cryo-préservation des embryons surnuméraires ci-joint.
- ☐ Détruits.

Je/Nous certifie(ons) 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 ;

Madame :	**Monsieur/Madame* :**
Date : _____ / _____ / _____ Signature :	Date : _____ / _____ / _____ Signature :
Le médecin : 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.*

Cette convention est rédigée en trois exemplaires, l'un destiné à l'auteur ou aux auteurs du projet parental et les autres au centre de fécondation.

[1] *En cas de recours à un donneur personnel, les frais de congélation et de conservation sont à la charge de la demandeuse (voir fiche de tarification). Au cas où vous n'auriez pas communiqué votre décision de ne pas poursuivre le dépôt **dans les trente jours suivant la date de la facturation**, vous êtes supposé vouloir poursuivre le dépôt et honorer les factures.*

Formulaire de cryo-préservation des embryons surnuméraires

Je/Nous, auteur(s) du projet parental, déclare(ons) avoir été clairement informés des avantages et désavantages de la technique de cryo-préservation.

Je suis /Nous sommes conscient(es) que tous les embryons ne réagissent pas identiquement au processus de congélation et peuvent être altérés par la technique. Par ailleurs, au cours des années, le dépôt peut s'altérer pour une raison ou une autre. Pour ces raisons, je suis / nous sommes conscient(es) et accepte(ons) que le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHIREC ne puisse garantir ni être tenu pour responsable de la qualité des embryons à la décongélation.

J'ai / Nous avons été informé(es) que la conservation de ces embryons est assurée légalement pendant 5 ans, délai qui prend court le jour de la cryo-préservation.

Je souhaite / Nous souhaitons

- ☐ Ne pas réduire ce délai
- ☐ Réduire ce délai à …….. ans / mois.

Exceptionnellement une prolongation de cette période peut être faite sur demande motivée écrite. Cette demande devra être motivée dans un courrier recommandé signé par les auteurs du projet parental. Comme pour toute demande d'assistance à la procréation, le centre de procréation médicalement assistée du CHIREC se réserve le droit d'invoquer une clause de conscience à l'égard des demandes qui lui sont adressées. Si la prolongation est acceptée, un loyer annuel de 150€ sera réclamé aux auteurs du projet parental. En cas de refus de donner suite à cette demande, le centre de Procréation Médicalement Assistée peut donner les coordonnées d'un autre centre auquel les auteurs du projet parental peuvent s'adresser. Les auteurs du projet parental disposeront alors de deux mois pour organiser, à leur frais, le transfert éventuel des embryons dans les conditions nécessaires à leur préservation.

J'ai / Nous avons été informé(es) que si je n'ai / nous n'avons pas repris contact à l'échéance des 5 ans, le centre de PMA tiendra compte du choix mentionné dans le formulaire de Cryo-préservation des embryons surnuméraires. Je serai / Nous serons informé(es) par courrier de la destruction des embryons.

Si, pour des raisons de force majeure, le centre de PMA devait se séparer de la banque d'embryons, j'autorise / nous autorisons le centre PMA à transférer les paillettes congelées vers une autre banque avec laquelle le centre PMA a une convention. Dans ce cas, je serai / nous serons informé(s) par courrier par le centre de PMA dans les six mois suivant le transfert des embryons.

Je déclare / Nous déclarons avoir demandé au centre de Procréation Médicalement Assistée (PMA) du CHIREC, de ma / notre propre initiative et en absence de contrainte, de procéder à une cryo-préservation de mes/nos embryons surnuméraires.

Aucun nouveau prélèvement d'ovocytes ne peut être réalisé avant d'avoir replacé tous les embryons congelés existants.

Aucune congélation d'embryon ne sera effectuée si la convention signée n'est pas en notre possession le jour d'une ponction ovocytaire (pick-up). La convention signée par les deux partenaires – s'il s'agit d'un projet de couple – ou par la demandeuse doit donc être remis le jour du pick-up au centre de PMA.

Devenir des embryons surnuméraires cryo-préservés :

1/ Au terme du délai de conservation de 5 ans prévu par la loi, je/nous souhaite(ons) que mes / nos embryons surnuméraires soient :

☐ **A. Affectés à un programme de don d'embryon anonyme à titre gratuit et irrévocable.** En cas de don, le centre PMA me/nous fournira la convention/consentement éclairé spécifique au don d'embryon, un questionnaire et un bilan sanguin à réaliser. **Je m'engage / Nous nous engageons à me / nous soumettre à tout examen et à fournir toutes les informations médicales nécessaires** à la mise en œuvre de la loi du 06/07/2007 appliquée dans le cadre de la présente convention, afin de permettre au Centre de s'assurer du respect de la sécurité sanitaire des embryons donnés.

Dans l'hypothèse où je refuserais / nous refuserions ou m'abstiendrais / nous abstiendrions ultérieurement de me / nous soumettre aux examens visés ci-avant, ou si les résultats des examens s'avèrent incompatibles avec le don, je / nous souhaite(ons) que mes / nos embryons surnuméraires soient :

- ○ **A.1. Utilisés pour la recherche scientifique**
- ○ **A.2. Détruits** par le CHIREC selon la législation en vigueur

☐ **B. Utilisés pour la recherche scientifique** dans le but d'améliorer les techniques de Procréation Médicalement Assistée, dans le respect de l'éthique et du prescrit légal (loi du 11/05/2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro, publiée au Moniteur Belge du 28/05/2003, entrée en vigueur le 31/10/2004), et après avis positif d'un comité d'éthique. Toutefois, cette décision peut être retirée jusqu'au début de la recherche. A la fin de la recherche, le matériel sera détruit.

☐ **C. Détruits** par le CHIREC selon la législation en vigueur

Je suis / Nous sommes informé(es) que

- en cas de séparation, de divorce, d'incapacité permanente de décision d'un des auteurs du projet parental ou de divergence d'opinion insoluble entre lesdits auteurs du projet parental,
- si l'âge de limite légale de replacement embryonnaire (47 ans) chez la génitrice est dépassé sans que le(s) auteur(s) du projet parental n'ai(en)t repris les embryons congelés,

le centre de PMA tiendra compte de la dernière instruction donnée de commun accord par le(s) auteur(s) du projet parental.

2 / En cas de décès d'un des auteurs du projet parental, nous souhaitons que les embryons surnuméraires cryopréservées soient :

☐ **A. conservés en vue d'une implantation post-mortem**. Cette implantation ne peut être effectuée qu'au terme d'un délai de 6 mois prenant cours au décès de l'auteur du projet parental et, au plus tard, dans les deux ans qui suivent le décès dudit auteur.
Comme pour toute demande d'assistance à la procréation, le centre de procréation médicalement assistée du CHIREC se réserve le droit d'invoquer une clause de conscience à l'égard des demandes qui lui sont adressées. En cas de refus de donner suite à cette demande, le centre de Procréation Médicalement Assistée peut donner les coordonnées d'un autre centre auquel les auteurs du projet parental peuvent s'adresser. Les auteurs du projet parental disposeront alors de deux mois pour organiser, à leur frais, le transfert éventuel des embryons dans les conditions nécessaires à leur préservation.

☐ **B. Utilisés pour la recherche scientifique** dans le but d'améliorer les techniques de Procréation Médicalement Assistée, dans le respect de l'éthique et du prescrit légal (loi du 11/05/2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro, publiée au Moniteur Belge du 28/05/2003, entrée en vigueur le 31/10/2004), et après avis positif d'un comité d'éthique. Toutefois, cette décision peut être retirée jusqu'au début de la recherche. A la fin de la recherche, le matériel sera détruit.

☐ **C. Détruits** par le CHIREC selon la législation en vigueur

Je / Nous marque(ons) mon / 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 autorise(ons) 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 Procréation Médicalement Assistée. 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.

Je m'engage / Nous nous engageons à faire connaître sans délai au Centre de PMA tout changement de situation familiale ou de domicile.

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

Madame :	**Monsieur/Madame* :**
Date : _____ / _____ / _____ Signature :	Date : _____ / _____ / _____ Signature :
Le médecin : Date : _____ / _____ / _____ Cachet et signature	