

CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

Autorisation de transfert d'embryons congelés	Rédacteur : Déborah Desmet
FE-MEDI-016- version 05	Vérificateur : Kristel Van den Broeck
Date d'application : 17/09/2018	Approbateur : Romain Imbert

Convention pour un transfert d'embryons congelés

Ce formulaire 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 :

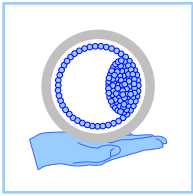
CHIREC - Site Braine L'Alleud-Waterloo :	CHIREC – Site Delta :
Adresse : Rue Wayez, 35 1420 Braine-l'Alleud	Adresse : Boulevard du Triomphe, 201 1160 Bruxelles
Tél : + 32 2 434 95 55 les jours ouvrables	Tél : + 32 2 434 81 73 les jours ouvrables
Fax : + 32 2 434 95 56	Fax : + 32 2 434 81 98
E-mail :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

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

NOM – Prénom :	NOM – Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Etiquette Madame	Etiquette partenaire (Si nécessaire)

Adresse(s) e-mail : _____ @ _____

_____ @ _____



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

Autorisation de transfert d'embryons congelés	Rédacteur : Déborah Desmet
FE-MEDI-016- version 05	Vérificateur : Kristel Van den Broeck
Date d'application : 17/09/2018	Approbateur : Romain Imbert

Fait à : _____

le : ____ / ____ / _____

Nous, Madame _____,

née le ____ / ____ / _____

et Monsieur/Madame _____,

né(e) le ____ / ____ / _____

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

- avoir reçu et compris toutes les informations concernant le transfert d'embryons cryoconservés préalablement au cycle de Fécondation In Vitro ayant mené à la cryoconservation de ces embryons.
- avoir été informés des frais liés à la prise en charge pour un transfert d'embryon congelé (fiche annexe).
- avoir été informé(s) que le nombre d'embryons transférés est limité à chaque essai, afin de limiter le risque de grossesse multiple.
- 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(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

Je donne / Nous donnons mon / notre accord, de façon éclairée, sciemment et librement, pour le transfert des embryons cryoconservés :

issus du prélèvement d'ovocytes

- chez Madame _____
en date du ____ / ____ / _____
- chez une donneuse

mis en fécondation avec le sperme

- de Monsieur _____
- d'un donneur

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

Madame : Date : ____ / ____ / _____ Signature :	Monsieur/Madame* : 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.

Aucun transfert d'embryon ne sera effectué si la convention signée n'est pas en notre possession le jour du transfert.

La convention signée par les deux partenaires – s'il s'agit d'un projet de couple – ou par la demandeuse doit donc être remis au plus tard le jour du transfert au centre de PMA.