

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

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| Autorisation insémination par donneur | Rédacteur : Romain Imbert   |
| FE-MEDI-002- Version 14               | Vérificateur : Célia André  |
| Date d'application : 21/05/2024       | Approbateur : Romain Imbert |

### Convention et consentement éclairé pour une insémination artificielle avec donneur (IAD)

Ce formulaire de consentement éclairé a été remis à l'auteur / aux auteurs du projet parental

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

par le Dr. ....

Signature du médecin :

Ce document tient lieu de convention entre d'une part le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHIREC, agréé comme Banque de Matériel Corporel Humain en exécution de la loi du 19 décembre 2008 et représenté par le Docteur Romain IMBERT, Gestionnaire de la banque de MCH, et situé à :

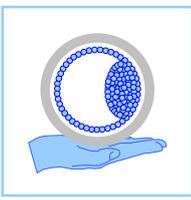
| CHIREC - Site Braine L'Alleud-Waterloo :                                 | CHIREC – Site Delta :                                            |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Adresse :</b> Rue Wayez, 35 (-1, bâtiment F)<br>1420 Braine-l'Alleud  | <b>Adresse :</b> Boulevard du Triomphe, 201<br>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@chirec.be">pma@chirec.be</a> |

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

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| NOM – Prénom : _____              | NOM – Prénom : _____              |
| Date de naissance : ___/___/_____ | Date de naissance : ___/___/_____ |
| Adresse : _____<br>_____          | Adresse : _____<br>_____          |

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

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



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

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| Autorisation insémination par donneur | Rédacteur : Romain Imbert   |
| FE-MEDI-002- Version 14               | Vérificateur : Célia André  |
| Date d'application : 21/05/2024       | Approbateur : Romain Imbert |

Madame ..... née le ...../...../.....  
Et Monsieur/ Madame ..... né(e) le ...../...../.....

Auteur(s) du projet parental,

- J'autorise / Nous autorisons l'insémination de Mme .....
- A l'aide du sperme fourni :
  - par un donneur personnel non-anonyme (Nom/N° : .....)<sup>1</sup>
  - par un donneur anonyme

**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).**

**J'ai / Nous avons informé notre médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.**

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

Je déclare / Nous déclarons avoir été informé(es) par l'équipe médicale des différents avantages, mais aussi des inconvénients et des risques liés à l'IAD, notamment les risques liés à une grossesse multiple en cas de stimulation de l'ovulation, les risques d'infection liés à l'insémination ainsi que les risques sur le plan génétique et psychologique.

Je déclare / Nous déclarons avoir reçu les coordonnées des personnes habilitées à assurer un accompagnement psychologique avant, pendant et après le processus de Procréation Médicalement Assistée.

Cette procédure se fera en conformité avec les dispositions légales prévues par la loi relative à la PMA du 6 juillet 2007, qui précise en particulier que sont interdits :

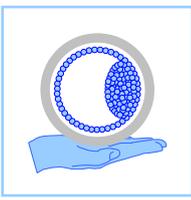
- la commercialisation du sperme
- le don de sperme dans un but eugénique, c-à-d. visant à sélectionner ou amplifier certaines caractéristiques génétiques de notre espèce
- le don de sperme visant à la sélection du sexe de la descendance, sauf dans le cas où il s'agit d'éviter l'apparition de maladies graves liées au sexe, en écartant du remplacement les embryons affectés du sexe atteint de la pathologie incriminée
- l'insémination simultanée de spermés provenant de différents donneurs

Ainsi que les aspects juridiques suivants :

- Une fois la procédure de don engagée, le don est irrévocable
- Le sperme d'un même donneur ne peut conduire à des naissances chez plus de 6 femmes différentes ;
- A compter de l'insémination du sperme donné, les règles de filiation telles qu'établies par le Code civil jouent en faveur du ou des auteurs du projet parental ayant bénéficié du-dit sperme. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux ne peut être intentée par le donneur de sperme à l'encontre du couple receveur ou par le couple receveur à l'encontre du donneur, pas plus que par l'enfant né d'une IAD effectuée à l'aide de ce sperme.
- Seules des informations médicales susceptibles d'avoir une importance à l'égard du développement sain de l'enfant à naître peuvent être communiquées :
  - au couple receveur au moment de leur choix
  - au médecin traitant si la santé de l'enfant le requiert.

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

<sup>1</sup> 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.



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

|                                              |                                    |
|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Autorisation insémination par donneur</b> | <i>Rédacteur : Romain Imbert</i>   |
| FE-MEDI-002- Version 14                      | <i>Vérificateur : Célia André</i>  |
| <i>Date d'application : 21/05/2024</i>       | <i>Approbateur : Romain Imbert</i> |

Je marque mon accord / 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 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.

L'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS) impose aux centres de PMA l'utilisation de l'application « Fertidata » pour toute utilisation de spermes, ovocytes ou embryons provenant d'un donneur. L'AFMPS a émis un document d'informations destiné aux patients devant recourir à ce type de traitement. Ce document d'informations est mis à votre disposition sur le site internet du CHIREC à l'adresse suivante :

<https://chirec.be/fr/centres/840000-centre-de-procreation-medicalement-assistee-pma/>

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.

Tout abandon de traitement pour raisons personnelles, non médicales, après réception des médicaments relevant du forfait PMA 3, entraînera le remboursement par le couple de la totalité du coût des médicaments délivrées par l'hôpital.

Je m'engage / Nous nous engageons à faire connaître sans délai au Centre de PMA tout changement de situation familiale ou de domicile. Le centre de PMA n'a aucune obligation de recherche quant à ces informations.

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

|                                                                                |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Madame :</u></b><br>Date : ____ / ____ / ____<br>Signature :             | <b><u>Monsieur/Madame* :</u></b><br>Date : ____ / ____ / ____<br>Signature : |
| <b><u>Le médecin :</u></b><br>Date : ____ / ____ / ____<br>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 le ou les auteurs du projet parental et un pour le centre PMA)