

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

<b>Autorisation cryopréservation ovocytes (autoconservation)</b>	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-021- version 10	<i>Vérificateur : Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

### Convention pour la cryopréservation d'ovocytes à titre personnel (autoconservation)

#### Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire a été remis à la patiente 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, 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, situé à :

#### Hôpital de Braine L'Alleud-Waterloo :

**Adresse :** Rue Wayez, 35 (-1, bâtiment F)  
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](mailto:pma.hbw@chirec.be)

Et d'autre part, la demandeuse :

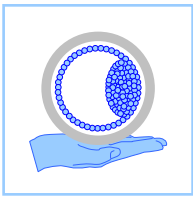
NOM – Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etiquette Madame – A ajouter le jour du prélèvement

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



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

<b>Autorisation cryopréservation ovocytes (autoconservation)</b>	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-021- version 10	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

Je soussigné Mme ..... déclare avoir demandé au centre de PMA du CHIREC, de ma propre initiative et en absence de contrainte, le prélèvement et la cryopréservation de mes ovocytes en vue de la préservation de ma fertilité.

Je déclare

- **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 une congélation d'ovocytes (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.
- Que la mise en fécondation des ovocytes congelés nécessite le recours à la micro injection cytoplasmique du spermatozoïde (ICSI)
- avoir été informé(s) par l'équipe médicale des avantages, mais aussi des inconvénients et risques inhérents à un traitement pour prélèvement d'ovocytes, 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 ovocytes qui ne peuvent être utilisés dans le cadre de la cryopréservation pour des raisons de qualité ovocytaire 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 mon médecin référent de toute prise en charge antérieure dans un autre centre, et ne pas disposer d'embryons cryoconservés dans un autre centre.
- **avoir informé mon médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.**

J'ai pu, lors des consultations, obtenir auprès de l'équipe du centre PMA toutes les informations complémentaires que je souhaitais et je les ai comprises.

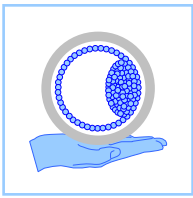
Je suis consciente du fait que le processus de cryoconservation peut donner lieu à une perte de la qualité des ovocytes qui ne peut être imputée au CHIREC. En effet, les ressources en termes de conservation de la fertilité sont dépendantes de la qualité et du nombre d'ovocytes congelés.

J'accepte qu'au moment de la décongélation, la qualité des ovocytes peut être de qualité différente.

Je m'engage à effectuer les examens nécessaires pour garantir la sécurité sanitaire des ovocytes fournis, c'est-à-dire une sérologie pour le HIV, l'hépatite B (Ag HbS, Ac HbS, Ac HbC), l'hépatite C (Ac Hc) et la syphilis datant de moins de 3 mois avant le 1er prélèvement et une sérologie de moins d'un an pour les prélèvements suivants.

J'ai été informée que :

- o Les meilleures chances de grossesse restent la conception naturelle avant 35 ans. La PMA est moins efficace à partir de 35 ans.
- o Le taux de naissances vivantes est de l'ordre de 5 à 6 % par ovocytes matures vitrifiés mais celui-ci diminue lorsque la femme est plus âgée au moment de la congélation, raison pour laquelle l'âge maximum pour cette procédure est 40 ans.
- o Le nombre optimal d'ovocytes prélevés en vue de l'obtention d'une grossesse est de 20 ovocytes **mais aucune certitude de grossesse ne peut être garantie même lorsqu'un nombre élevé d'ovocytes a été cryopréservé.**
- o Le recul actuel pour estimer la santé des enfants nés après cette technique est limité. Les résultats cumulés sont rassurants (un millier de naissances) mais insuffisants pour tirer des conclusions définitives.
- o Le centre de procréation médicalement assistée du CHIREC et les médecins n'assument pas la responsabilité des caractéristiques physiques et mentales d'enfants nés après fécondation in vitro d'ovocytes décongelés.
- o Le recours à la stimulation et au prélèvement d'ovocytes implique des techniques pour lesquelles il existe des risques d'effets secondaires estimés à 1%. Ces risques sont ceux inhérents à toute FIV, notamment des risques infectieux, hémorragiques liés au prélèvement des ovocytes, ainsi ceux liés à la stimulation de l'ovulation.



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

<b>Autorisation cryopréservation ovocytes (autoconservation)</b>	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-021- version 10	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

- Les coûts liés aux médicaments nécessaires pour la stimulation ovarienne, à la ponction ovocytaire ainsi qu'aux frais de laboratoire m'ont été communiqués au préalable (**voir fiche tarifaire**).
- Il existe également des frais de conservation (indexable) des ovocytes (**voir fiche tarifaire**). Au cas où je n'aurais pas communiqué ma décision de ne pas poursuivre le dépôt **dans les trente jours suivant la date de la facturation**, je suis supposée vouloir poursuivre le dépôt et honorer les factures.
- la demande d'utilisation des ovocytes congelés en vue d'une grossesse sera réévaluée par l'équipe du centre de procréation médicalement assistée. Le centre a la possibilité d'invoquer une clause de conscience à l'égard des demandes qui lui sont adressées. En cas de refus de donner suite à une demande, le centre peut me donner les coordonnées d'un autre centre auquel vous pouvez vous adresser et organiser le transfert éventuel des ovocytes dans les conditions nécessaires à leur préservation.

En accord avec la loi relative à la Procréation Médicalement Assistée du 9 mars 2007, le délai de cryoconservation des gamètes en vue de la réalisation d'un projet parental ou d'un projet parental ultérieur est par défaut fixé à 10 ans. Il débute au jour de la cryopréservation.

### Je désire <sup>1</sup>

- Ne pas réduire ce délai**
- Réduire ce délai à une période déterminée de ..... ans /mois au jour de la cryopréservation.**

A tout moment, je peux faire la demande d'arrêter la conservation de mes ovocytes en remplissant le document prévu à cet effet.

Ce délai de cryopréservation de 10 ans peut être prolongé plusieurs fois pour une période d'1 ou 2 ans, en raison de circonstances particulières. Cette ou ces demande(s) devront faire l'objet d'un document écrit et signé envoyé par courrier recommandé, accompagné d'une copie de la carte d'identité. 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€ indexable sera réclamé aux auteurs du projet parental. Si la prolongation est refusée, la demandeuse a un délai de 2 mois pour organiser à ses frais le transfert des ovocytes vers une autre banque, à défaut de quoi, ces derniers seront détruits. Toute demande de raccourcir ou prolonger la conservation ne peut être introduite que par la personne qui a sollicité la cryoconservation.

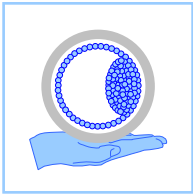
J'ai été informée que si je n'ai pas repris contact à l'échéance des 10 ans, le centre de PMA tiendra compte du choix mentionné dans le formulaire de cryo-préservation des ovocytes ci-après.

Après dépassement de l'âge légal de transfert embryonnaire qui en Belgique est fixé à 47 ans, en cas de décès ou d'abandon du projet parental ou à l'expiration de la période de cryo-préservation, je souhaite que mes ovocytes soient :

- A. Affectés à un programme de don d'ovocytes anonyme à titre gratuit et irrévocable.** Cette disposition ne concerne pas les patientes âgées de plus de 35 ans au moment de la congélation. En cas de don, le centre PMA vous fournira la convention/consentement éclairé spécifique au don d'ovocytes, un questionnaire spécifique et un bilan sanguin à réaliser. Dans le cas où les ovocytes ne peuvent pas être retenus dans le cadre d'un programme de don d'ovocytes, je suis informée que les ovocytes seront détruits par le CHIREC selon la législation en vigueur.
- B. Détruits** par le CHIREC selon la législation en vigueur

\* **Recherche scientifique** : la loi du 6 juillet 2007 relative à la PMA et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes prévoit la possibilité de faire don des gamètes et/ou embryons surnuméraires pour un programme de recherche scientifique. Je suis / Nous sommes informés que le centre de PMA du CHIREC ne pratique pas la recherche sur les gamètes et embryons au sens de la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons in vitro.

<sup>1</sup> Cocher une seule possibilité



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

<b>Autorisation cryopréservation ovocytes (autoconservation)</b>	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-021- version 10	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

**En cas de décès**, mes gamètes suivront la destination choisie à l'expiration du délai de cryoconservation (voir ci-dessus).

Je m'engage à assumer les frais d'hospitalisation, les honoraires médicaux et les frais du laboratoire impliqués par cette procédure de congélation ovocytaire ainsi que les éventuels frais supplémentaires liés à des complications prévisibles ou non.

J'ai été informée 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 marque mon accord pour que mes données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA du CHIREC participant au traitement, et j'autorise 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.

En cas de déménagement, je suis tenue d'adresser un avis de changement d'adresse au CHIREC. L'hôpital n'a aucune obligation de recherche quant au domicile ou lieu de résidence du déposant. L'absence de transmission du changement d'adresse dispense automatiquement le CHIREC de tous les engagements découlant du présent contrat.

Si, pour des raisons de force majeure, le centre de PMA du CHIREC devait se séparer de la banque de gamètes, je l'autorise à transférer les paillettes congelées vers un autre Centre PMA avec lequel le centre PMA du CHIREC a une convention, en conformité avec les normes de qualité et de sécurité. Dans ce cas, je serai informée par courrier par le centre de PMA dans les six mois suivant le transfert des ovocytes.

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

<b>La demandeuse :</b>  Date : ____ / ____ / ____  Signature :
<b>Le médecin :</b>  Date : ____ / ____ / ____  Cachet et signature

***Cette convention est rédigée en deux exemplaires, l'un destiné à demandeuse et les autres au centre de PMA.***

**Aucune congélation d'ovocyte ne sera effectuée si la convention signée n'est pas en notre possession le jour d'une ponction ovocytaire (pick-up).**