

CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée - HBW

Autorisation prélèvement chirurgical sperme	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-022- version 08	<i>Vérificateur : Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Convention pour le prélèvement chirurgical et la cryopréservation de spermatozoïdes

Ce formulaire a été remis au patient 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

Et d'autre part, le demandeur :

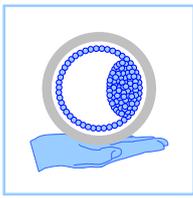
NOM – Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etiquette Monsieur – A ajouter le jour du prélèvement

Adresse(s) e-mail : _____@_____



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée - HBW

Autorisation prélèvement chirurgical sperme	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-022- version 08	<i>Vérificateur : Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Je soussigné Mr déclare avoir demandé au centre de PMA du CHIREC :

- le prélèvement de spermatozoïdes par voie chirurgicale (par prélèvement dans l'épididyme ou dans le testicule) en vue de leur utilisation lors d'un traitement de Fécondation In Vitro (FIV) dans le cadre d'un projet parental et **si possible**, une cryopréservation des spermatozoïdes ainsi prélevés en vue d'une sauvegarde de ma fertilité.
- le prélèvement de spermatozoïdes par voie chirurgicale (par prélèvement dans l'épididyme ou dans le testicule) en vue de leur utilisation lors d'un traitement de Fécondation In Vitro (FIV) dans le cadre d'un projet parental mais **je refuse** la cryopréservation des spermatozoïdes ainsi prélevés en vue d'une sauvegarde de ma fertilité.

L'équipe médicale m'a précisé les différents avantages mais aussi les risques et les inconvénients liés au prélèvement chirurgical et à la cryopréservation de spermatozoïdes.

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.

J'ai reçu les coordonnées des personnes habilitées à assurer un accompagnement psychologique avant, pendant, et après la procédure et la participation à une consultation préalable à tout traitement m'a été vivement conseillée.

Je suis conscient du fait que le processus de cryopréservation peut donner lieu à une perte de la qualité des gamètes qui ne peut être imputée au CHIREC. En effet, les ressources en termes de conservation de la fertilité sont dépendantes de la qualité des spermatozoïdes.

J'accepte qu'au moment de la décongélation, l'état des gamètes peut être différent par rapport à son état initial.

J'ai été informé que les gamètes (spermatozoïdes) 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.

Je suis conscient que l'utilisation de mes spermatozoïdes sera réévaluée par l'équipe de fertilité du CHIREC. En cas de refus de l'utilisation, le centre de PMA du CHIREC pourra invoquer une clause de conscience et me donnera les coordonnées d'un autre centre de PMA. Le transport de pailles, s'il est autorisé par un autre centre, se fera à mes frais.

Je suis conscient que le centre de PMA du CHIREC ne peut garantir le succès des traitements.

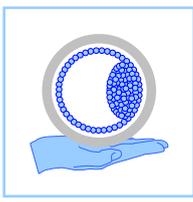
Je suis conscient qu'environ 2% des enfants naissent avec des anomalies physiques ou mortelles qui ne sont pas contrôlables par le médecin.

Je m'engage à effectuer les examens nécessaires pour établir la sécurité sanitaire du prélèvement fourni 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.

Je déclare **avoir informé mon médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.**

Le coût de la cryopréservation des spermatozoïdes est de 150 euros pour chaque congélation. Il y a également des frais de conservation de 150 euros (indexable) par an à partir de la deuxième année et ce quel que soit le nombre de pailles congelées. Au cas où vous n'auriez pas communiqué votre décision de ne pas poursuivre la conservation **dans les trente jours suivant la date de la facturation**, vous êtes supposé vouloir poursuivre la conservation et honorer les factures.

En accord avec la loi relative à la Procréation Médicalement Assistée du 6 juillet 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 le jour de la cryopréservation.



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée - HBW

Autorisation prélèvement chirurgical sperme	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-022- version 08	<i>Vérificateur : Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Je soussigné, Mr désire :

- Ne pas réduire ce délai.**
- Réduire ce délai à une période déterminée de ans.**

A tout moment, le dépositaire peut faire la demande d'arrêter la conservation de ses spermatozoïdes congelés en remplissant le document prévu à cet effet.

Ce délai de cryoconservation de 10 ans peut être prolongé plusieurs fois pour une période de 1 an 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. Si la prolongation est refusée, le demandeur a un délai de 2 mois pour organiser à ses frais le transfert des pailles de sperme vers une autre banque, à défaut de quoi, ces dernières seront détruites.

Toute demande de raccourcir ou prolonger la conservation ne peut être introduite que par la personne qui a sollicité la cryopréservation.

A l'expiration du délai de cryopréservation des spermatozoïdes, je souhaite que ceux-ci soit :

A. Affecté à un programme de don de spermatozoïdes anonyme à titre gratuit et irrévocable. En cas de don, le centre PMA vous fournira la convention/consentement éclairé spécifique au don, un questionnaire et un bilan sanguin à réaliser. Dans l'hypothèse où je refuserais ou m'abstiendrais ultérieurement de me soumettre aux examens visés ci-avant, ou si les résultats des examens s'avèrent incompatibles avec le don, je suis informé que mes pailles de spermatozoïdes seront détruites par le CHIREC selon la législation en vigueur.

B. Détruit 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.

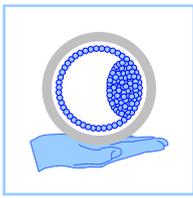
A l'échéance des délais prévus, les dispositions prises ici seront réalisées sans délais et sans autre avis.

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

J'ai été informé que si je n'ai pas repris contact à l'échéance des 10 ans, le centre de PMA tiendra compte du choix mentionné ci-dessus.

Toute modification de la présente convention sera établie par écrit et signée 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.



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée - HBW

Autorisation prélèvement chirurgical sperme	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-022- version 08	<i>Vérificateur : Célia André</i>
<i>Date d'application : 21/05/2024</i>	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

En cas de déménagement, je suis tenu 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 le service de PMA du CHIREC devait se séparer de la banque de matériel corporel humain, j'autorise le service de PMA du CHIREC à transférer les pailles congelées vers un autre Centre PMA à ma convenance, en conformité avec les normes de qualité et de sécurité.

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

<u>Monsieur :</u> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	<u>Le médecin :</u> Date : ____ / ____ / ____ Cachet et signature :
--	--

Fait en double exemplaire

Veillez à ce que ce document, dûment complété et signé, soit en possession du Centre PMA AVANT le début de votre traitement.