



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

Autorisation don dirigé d'ovocytes	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-043-version 03	Vérificateur : Romain Imbert
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

Convention pour le Don d'ovocytes DIRIGE/NON ANONYME (Donneuse et receveuse)

Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire a été remis au patient ce/...../.....
par le Dr

Cachet et signature du médecin :

La présente établit une convention pour une affectation d'ovocytes à un *programme de don dirigé d'ovocytes*, 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 :

CHIREC - Site Braine L'Alleud-Waterloo :	CHIREC – Site Delta :
Adresse : Rue Wayez, 35 (-1, bâtiment F) 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@chirec.be

D'autre part, la **donneuse d'ovocytes** :

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etiquette Madame – A ajouter le jour du prélèvement

Adresse(s) e-mail : _____@_____

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 : _____@_____

_____@_____



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

Autorisation don dirigé d'ovocytes	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-043-version 03	<i>Vérificateur : Romain Imbert</i>
<i>Date d'application : 21/05/2024</i>	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Moi, la **donneuse d'ovocytes**, déclare avoir été informée des différentes affectations possibles pour mes ovocytes par le médecin du centre de procréation médicalement assistée.

J'ai choisi de donner mes ovocytes dans un programme de **DON DIRIGE**

- Je déclare que ma décision de faire du don dirigé de mes ovocytes a été prise librement et sans contrainte, de ma propre initiative.
- J'autorise l'équipe du centre de procréation médicalement assistée (CPMA) du CHIREC à prélever mes ovocytes.

J'accepte de donner mes ovocytes à Madame :

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

- Je suis consciente de ne pas pouvoir exercer une quelconque influence sur cette gestion.
- J'accepte que ces ovocytes soient inséminés avec le sperme du conjoint ou d'un donneur de sperme de la receveuse.
- Si l'insémination ne peut avoir lieu le jour du prélèvement, j'accepte que ces ovocytes soient congelés.
- Je suis informée que les ovocytes qui ne peuvent être utilisés dans le cadre d'un don d'ovocytes 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.
- J'accepte que mon identité soit connue du la receveuse/couple receveur.
- Je suis consciente que le centre PMA ou les médecins y travaillant n'assurent aucune responsabilité quant à cette démarche de non anonymat.
- J'accepte que les frais médicaux non pris en charge par la mutuelle concernant ce don soient supportés par le couple receveur.
- Je déclare avoir reçu le document d'information reprenant l'ensemble des complications relatives à la FIV. Il s'agit notamment des risques infectieux, hémorragiques liés à la stimulation de l'ovulation et au prélèvement d'ovocytes.
- J'ai pu, lors des consultations successives, obtenir auprès de l'équipe du centre PMA toutes les informations complémentaires que je souhaitais et je les ai comprises.
- Je déclare avoir reçu les coordonnées des personnes habilitées à assurer un accompagnement psychologique avant, au cours et après le processus de don d'ovocytes et avoir été informée de la nécessité de rencontrer un psychologue ou pédopsychiatre.

De plus, je déclare avoir demandé au centre PMA du CHIREC d'organiser et de réaliser le don de mes ovocytes en connaissance de la réglementation imposée par la loi relative à la Procréation Médicalement Assistée du 9 mars 2007, publiée au moniteur le au 17/7/2007.



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW/DELTA

Autorisation don dirigé d'ovocytes	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-043-version 03	Vérificateur : Romain Imbert
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

J'ai donc été informée que sont interdits:

- La commercialisation des ovocytes
- Le don d'ovocytes à caractère eugénique, c'est-à-dire axé sur la sélection ou l'amplification de caractéristiques génétiques non pathologiques de l'espèce humaine
- Le don d'ovocytes axé sur la sélection du sexe, à l'exception de la sélection qui permet d'écarter les embryons atteints de maladies liées au sexe.
- L'implantation simultanée d'embryons provenant de différentes donneuses ovocytes chez une même receveuse et au cours du même transfert

J'ai aussi été informée que :

- Une fois la procédure de don engagée, le don est irrévocable
- Les ovocytes d'une même donneuse ne peuvent conduire à la naissance d'enfants chez plus de 6 femmes différentes.
- A compter de l'implantation d'embryons provenant de l'insémination des ovocytes donnés, les règles de filiation telles qu'établies par le Code civil jouent en faveur du ou des auteurs du projet parental ayant reçu lesdits ovocytes. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux ne peut être ouverte à la donneuse d'ovocytes ou intentée à l'encontre de la donneuse d'ovocytes par les receveurs et par l'enfant né de l'implantation d'embryons provenant de l'insémination des ovocytes donnés.

J'ai enfin été informé de mon engagement :

- A me soumettre à tout examen et à fournir toutes les informations médicales nécessaires au centre de PMA pour assurer le respect de la sécurité sanitaire des ovocytes donnés (AR qualité 2009 Annexe IV pt3.6, Annexe III pt1.2), en particulier un bilan sérologique comportant la recherche des antigènes et/ou anticorps contre les hépatites B & C, la syphilis et l'HIV, un caryotype et une recherche du portage de la mucoviscidose. J'ai été informée de la nécessité de rencontrer un généticien dans le cadre de cette démarche de don d'ovocyte.
- à répondre complètement et sincèrement au questionnaire de santé et accepter de me soumettre aux examens de dépistage qui me seront demandés.
- à fournir au centre de PMA du CHIREC toutes les informations concernant d'éventuels autres dons dans un centre en Belgique ou à l'étranger, de manière à permettre au centre de PMA du CHIREC de vérifier que le quota de grossesses autorisé par la loi est respecté.
- Les ovocytes seront
 - Soit congelés pendant **une période de 6 mois** au terme de laquelle la sérologie comportant la recherche des antigènes et/ou anticorps contre la syphilis, les hépatites B & C et l'HIV sera répétée. Les ovocytes ne seront validés pour une utilisation qu'à dater de la réception des résultats de cette deuxième sérologie. J'accepte donc de réaliser un examen de contrôle à cette date.
 - Soit utilisé frais. Dans ce cas, je consens à la réalisation d'un test PCR pour HIV, HCV, HBV au moment du prélèvement des ovocytes ainsi que la réalisation de la recherche antigènes et/ou anticorps contre la syphilis.
- Je m'engage à porter au Centre PMA du CHIREC toute nouvelle information concernant des facteurs génétiques détectés dans ma famille, tout changement de mon état de santé.
- J'accepte, si la santé de l'enfant conçu par ce don d'ovocytes le requiert, que le Centre PMA du CHIREC transmette des informations médicales me concernant au médecin mandaté par cet enfant ou ses parents

