



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

Autorisation traitement avec don d'ovocytes	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-004-version 12	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

### Convention et Autorisation du couple receveur d'une PMA par don d'ovocyte (frais ou congelés)

#### Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire de consentement éclairé 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**, 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) 1420 Braine-l'Alleud	<b>Adresse :</b> Boulevard du Triomphe, 201 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 : _____ _____	Adresse : _____ _____

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

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



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

Autorisation traitement avec don d'ovocytes	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-004-version 12	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

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 maximum le jour de la fécondation des ovocytes au centre de PMA. Le centre de PMA doit **OBLIGATOIREMENT** disposer de cette convention signée pour pouvoir réaliser la FIV.

Fait à : ..... le : ...../...../.....  
Nous, Madame ....., née le .....  
et Monsieur/Madame ....., né(e) le .....

**Auteur(s) du projet parental, déclare(ons) avoir demandé au centre de PMA du CHIREC d'exécuter une procédure de FIV/ ICSI en ayant recours aux ovocytes d'une donneuse :**

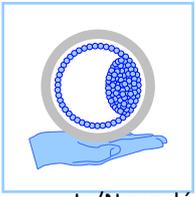
- anonyme
- non anonyme, à savoir Madame :
- Nom, Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Le sperme est fourni :**

- Par Mr .....qui consent au prélèvement et à l'utilisation de son sperme en vue de réaliser un traitement de fécondation in vitro et transfert embryonnaire (FIV). Monsieur s'engage à effectuer les examens nécessaires pour garantir la sécurité sanitaire des ovocytes et du sperme le cas échéant, 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
- par un donneur anonyme
- par un donneur non anonyme, à savoir Madame :
- Nom, Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Je/Nous déclare(ons)** 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.

Je/Nous ai (avons) choisi de recourir au traitement par don d'ovocytes de manière libre et sans contrainte et après avoir reçu des explications complètes que nous avons comprises. Les avantages et les risques inhérents à cette procédure nous ont été communiqués et sont identiques à ceux liés à toute procédure de PMA. Pour le couple receveur, il existe en outre un risque de grossesse multiple et/ou de transmission d'anomalies génétiques lié à la donneuse d'ovocytes.



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

<b>Autorisation traitement avec don d'ovocytes</b>	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-004-version 12	<i>Vérificateur : Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Je/Nous déclare (ons) :

- **avoir été informé(s) des frais liés à la prise en charge pour une procédure de don d'ovocytes.**
- 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 été conseillée.
- avoir été informé(s) que les gamètes (sperme de monsieur) et/ou les embryons 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.
- avoir informé notre 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 notre médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.

Le don d'ovocytes s'effectuera conformément à la réglementation en la matière prévue par la loi sur la PMA du 17/7/2007.

**Le/Les auteur(s) du projet parental** a (ont) donc été informé(s) 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.

Il/ils a (ont) aussi été informé(s) 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 ;
- le don non-anonyme résultant d'un accord direct entre la donneuse et la receveuse est autorisé. Dans ce cas, ils ont signé la convention commune de don dirigé d'ovocytes avec la donneuse au moment du prélèvement d'ovocytes (FE-MEDI-043).
- **la donneuse d'ovocytes s'engage à :**
  - se soumettre à tout examen et à fournir toutes les informations nécessaires au centre de PMA pour assurer le respect de la sécurité sanitaire des ovocytes donnés (AR qualité 2009 Annexe IV pt3), 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.
  - répondre complètement et sincèrement au questionnaire de santé et accepter de se soumettre aux examens de dépistage qui lui seront demandés.
  - communiquer au Centre PMA du CHIREC toute nouvelle information concernant des facteurs génétiques détectés dans sa famille, tout changement de son état de santé.
  - à accepter, 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 et ce sans préjudice de la loi du 8.12.1992 relative à la protection de la vie privée.



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

Autorisation traitement avec don d'ovocytes	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-004-version 12	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

Après discussion avec la receveuse/ le couple receveur, le nombre d'embryons à transférer a été déterminé conformément à la loi. Si ce dernier est fixé à plusieurs embryons, les risques afférents à une éventuelle grossesse multiple ont été exposés au couple receveur, y compris ceux attachés à une éventuelle mesure de réduction embryonnaire.

### Devenir des embryons frais non transférés :

Je souhaite/Nous souhaitons que les embryons surnuméraires éventuels, et dès lors non utilisés, soient :

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Cryo-préservés en vue de procéder à un nouveau transfert d'embryon pour la réalisation du projet parental en cours ou d'un projet parental ultérieur. Je/Nous complète(ons) alors le <b>formulaire de cryo-préservation des embryons surnuméraires</b> ci-joint. |
| <input type="checkbox"/> Détruits.  |

Chacun des protagonistes peut renoncer au projet de don d'ovocytes à condition que ce soit avant le début de la mise en pratique de la procédure. J'ai / Nous avons 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 marque / Nous marquons notre accord pour que nos données médicales et administratives soient mises à 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 spermatozoïdes, 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/>

Je m'engage / Nous nous engageons solidairement à assumer les frais d'hospitalisation, les honoraires médicaux et les frais du laboratoire impliqués par cette tentative de PMA ainsi que les éventuels frais supplémentaires liés à des complications prévisibles ou non.

Tout abandon de traitement pour raisons personnelles, non médicales, après réception des médicaments relevant du forfait PMA 1/2, entraînera le remboursement par le couple de la totalité du coût des médicaments délivrées par l'hôpital. Un forfait de laboratoire pourra vous être facturé.

Je/Nous certifie(ons) 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.



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

<b>Autorisation traitement avec don d'ovocytes</b>	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-004-version 12	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

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

<b>Madame :</b> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	<b>Monsieur/Madame* :</b> Date : ____ / ____ / ____ Signature :
<b>Le médecin :</b> 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 deux exemplaires, l'un destiné à l'auteur ou les auteurs du projet parental et l'autre au centre de PMA .



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

<b>Autorisation traitement avec don d'ovocytes</b>	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-004-version 12	<i>Vérificateur : Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

### Formulaire de cryo-préservation des embryons surnuméraires

Je/Nous, auteur(s) du projet parental, déclare(ons) avoir été clairement informés des avantages et désavantages de la technique de cryo-préservation.

Je suis /Nous sommes conscient(es) que tous les embryons ne réagissent pas identiquement au processus de congélation et peuvent être altérés par la technique. Par ailleurs, au cours des années, le dépôt peut s'altérer pour une raison ou une autre. Pour ces raisons, je suis / nous sommes conscient(es) et accepte(ons) que le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHIREC ne puisse garantir ni être tenu pour responsable de la qualité des embryons à la décongélation.

J'ai / Nous avons été informé(es) que la conservation de ces embryons est assurée légalement pendant 5 ans, délai qui prend court le jour de la cryo-préservation.

Je souhaite / Nous souhaitons

- Ne pas réduire ce délai
- Réduire ce délai à ..... ans / mois.

Exceptionnellement une prolongation de cette période peut être faite sur demande motivée écrite. Cette demande devra être motivée dans un courrier recommandé signé par les auteurs du projet parental. 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. En cas de refus de donner suite à cette demande, le centre de Procréation Médicalement Assistée peut donner les coordonnées d'un autre centre auquel les auteurs du projet parental peuvent s'adresser. Les auteurs du projet parental disposeront alors de deux mois pour organiser, à leur frais, le transfert éventuel des embryons dans les conditions nécessaires à leur préservation.

J'ai / Nous avons été informé(es) que si je n'ai / nous n'avons pas repris contact à l'échéance des 5 ans, le centre de PMA tiendra compte du choix mentionné dans le formulaire de Cryo-préservation des embryons surnuméraires.

Si, pour des raisons de force majeure, le centre de PMA devait se séparer de la banque d'embryons, j'autorise / nous autorisons le centre PMA à transférer les paillettes congelées vers une autre banque avec laquelle le centre PMA a une convention. Dans ce cas, je serai / nous serons informé(s) par courrier par le centre de PMA dans les six mois suivant le transfert des embryons.

Je déclare / Nous déclarons avoir demandé au centre de Procréation Médicalement Assistée (PMA) du CHIREC, de ma / notre propre initiative et en absence de contrainte, de procéder à une cryo-préservation de mes/nos embryons surnuméraires.

Je/nous suis (somes) informé(s) que lors de chaque implantation d'embryon(s) surnuméraire(s) cryopréservé(s), l' (les deux) auteur(s) du projet parental doivent, préalablement à toute démarche médicale, avoir marqué son/leur consentement effectif à cette nouvelle implantation en signant le document FE-MEDI-016 Décongélation d'embryons et 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. 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

Si le document n'est pas disponible, je/nous comprends (ons) que le transfert embryonnaire sera annulé.



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

Autorisation traitement avec don d'ovocytes	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-004-version 12	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

### Devenir des embryons surnuméraires cryo-préservés :

1/ Au terme du délai de conservation de 5 ans prévu par la loi, je/nous souhaite(ons) que mes / nos embryons surnuméraires soient :

**A. Affectés à un programme de don d'embryon anonyme à titre gratuit et irrévocable.**

Pour être acceptés dans le programme de don, si les embryons sont issus d'une utilisation du sperme du conjoint, ce dernier doit avoir maximum 45 ans au moment de la congélation des embryons.

Au terme des 5 ans, vous serez recontactés par le centre de PMA pour confirmer votre choix.

Nous vous inviterons alors à compléter un questionnaire d'anamnèse personnelle et familiale, à réaliser un bilan sanguin et génétique et à rencontrer un pédopsychiatre du CHIREC. Un consentement éclairé spécifique au don d'embryon devra également être signé.

**Je m'engage / Nous nous engageons à me / nous soumettre à tout examen et à fournir toutes les informations médicales nécessaires** à la mise en œuvre de la loi du 06/07/2007 appliquée dans le cadre de la présente convention, afin de permettre au Centre de s'assurer du respect de la sécurité sanitaire des embryons donnés.

**Dans l'hypothèse où je refuserais / nous refuserions ou m'abstiendrais / nous abstiendrions ultérieurement de me / nous soumettre aux examens visés ci-avant, ou si les résultats des examens s'avèrent incompatibles avec le don, je suis / nous sommes informés que mes / nos embryons surnuméraires 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.

Je suis / Nous sommes informé(es) que

- en cas de séparation, de divorce, d'incapacité permanente de décision d'un des auteurs du projet parental ou de divergence d'opinion insoluble entre lesdits auteurs du projet parental,
- si l'âge de limite légale de remplacement embryonnaire (47 ans) chez la génitrice est dépassé sans que le(s) auteur(s) du projet parental n'ai(en)t repris les embryons congelés,

le centre de PMA tiendra compte de la dernière instruction donnée de commun accord par le(s) auteur(s) du projet parental.

2 / En cas de décès d'un des auteurs du projet parental, nous souhaitons que les embryons surnuméraires cryopréservés soient :

**A. conservés en vue d'une implantation post-mortem.** Cette implantation ne peut être effectuée qu'au terme d'un délai de 6 mois prenant cours au décès de l'auteur du projet parental et, au plus tard, dans les 5 ans qui suivent le décès dudit auteur. Sans nouvelle de votre part dans les 5 ans suivant le décès, les embryons seront détruits par le CHIREC selon la législation en vigueur.

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. En cas de refus de donner suite à cette demande, le centre de Procréation Médicalement Assistée peut donner les coordonnées d'autres centres Belge qui réalisent l'implantation post-mortem. Les auteurs du projet parental disposeront alors de deux mois pour organiser, à leur frais, le transfert éventuel des embryons dans les conditions nécessaires à leur préservation.

**B. Détruits** par le CHIREC selon la législation en vigueur



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

<b>Autorisation traitement avec don d'ovocytes</b>	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-004-version 12	<i>Vérificateur : Célia André</i>
<i>Date d'application : 21/05/2024</i>	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Je / Nous marque(ons) mon / 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 autorise(ons) 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.

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/>

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. Si faute d'information mise à jour, à l'échéance des délais prévus, le centre ne peut recontacter les auteurs du projet parental et signataires de cette convention, les dispositions prises ici seront réalisées sans délais et sans autre avis.

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

<b><u>Madame :</u></b> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	<b><u>Monsieur/Madame* :</u></b> Date : ____ / ____ / ____ Signature :
<b><u>Le médecin :</u></b> Date : ____ / ____ / ____ Cachet et signature	

***Cette convention est rédigée en deux exemplaires, l'un destiné à l'auteur ou les auteurs du projet parental et l'autre au centre de PMA.***