

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

<b>Autorisation traitement avec don d'embryons</b>	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-005- version 10	<i>Vérificateur : Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

### Convention et Autorisation pour les couples receveur d'un transfert d'embryons dans le cadre d'un programme de don anonyme d'embryons

#### 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 :

<b>CHIREC - Site Braine L'Alleud-Waterloo :</b>	<b>CHIREC – Site Delta :</b>
<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** :

<b>NOM – Prénom :</b>	<b>NOM – Prénom :</b>
<b>Date de naissance :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Adresse :</b>	<b>Adresse :</b>
Etiquette Madame – A ajouter le jour de la PU	Etiquette partenaire ( <i>Si nécessaire</i> ) – A ajouter le jour de la PU

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

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



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

<b>Autorisation traitement avec don d'embryons</b>	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-005- version 10	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

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

### Auteur(s) du projet parental, déclare(ons) :

- **avoir reçu le document d'information détaillé sur la procédure de don d'embryons anonymes.**
- **avoir été informé(s) des frais liés à la procédure de don d'embryons.**
- avoir demandé au centre de PMA (CHIREC) la mise en route d'une procédure de **don d'embryons anonymes**, de ma / notre propre initiative et en absence de contrainte.
- 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.
- avoir été informé(s) par l'équipe médicale des avantages, mais aussi des inconvénients et risques inhérents à une procédure de don d'embryons. Ils sont identiques à ceux liés à toute procédure de PMA (possibilité d'un taux de malformation congénitale parfois légèrement augmenté), mais comportent aussi un risque de transmission d'anomalies génétiques lié aux donneurs (et non aux receveurs).
- 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 est nécessaire et obligatoire.
- avoir informé notre médecin référent de toute prise en charge antérieure dans un autre centre, et ne pas disposer d'embryons cryo-préservés dans un autre centre.
- **Avoir informé notre médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.**

### Aspects juridiques :

Sont interdits :

- Le don d'embryons à but eugénique.
- Le don d'embryons visant à la sélection du sexe sauf dans le but d'éviter une affection grave liée au sexe.
- L'implantation simultanée d'embryons provenant de différents donneurs.

Par ailleurs, les autres conditions générales juridiques et médicales liées à cette procédure sont énoncées de façon détaillée ci-dessous :

- une fois la procédure engagée, le don est irrévocable.
- les embryons surnuméraires d'un même couple ne peuvent conduire à la naissance d'enfants chez plus de 6 femmes différentes.
- à partir de l'implantation d'embryons surnuméraires donnés, les règles de filiation telles qu'établies par le Code Civil s'appliquent en faveur du ou des auteurs du projet parental ayant reçu lesdits embryons. Dès lors, aucune action relative à la filiation ou aux droits patrimoniaux ne peut être intentée par les donneurs des embryons ou être intentées à l'encontre des donneurs par les receveurs, ni par l'enfant issu d'une procédure de don.
- le don d'embryons reste anonyme et le centre de PMA se porte garant de cet anonymat.
- le Centre de PMA a pris les dispositions légales nécessaires pour assurer la sécurité sanitaire des embryons donnés.



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

<b>Autorisation traitement avec don d'embryons</b>	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-005- version 10	<i>Vérificateur : Célia André</i>
<i>Date d'application : 21/05/2024</i>	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

- les éléments médicaux susceptibles de revêtir une importance pour la santé de l'enfant à naître peuvent être communiqués au médecin et aux receveurs des embryons, et ce sans préjudice de la loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée.

Le nombre d'embryons à transférer sera fixé en accord avec le représentant médical du centre de PMA et conformément à la loi.

Chaque protagoniste peut renoncer au projet de PMA avec don d'embryons, mais avant que la procédure de transfert d'embryon n'ait eu lieu.

Les auteurs du projet parental marquent leur accord pour que leurs données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA du CHIREC, participant au traitement, et autorisent 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 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.

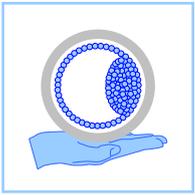
Tout abandon de traitement pour raisons personnelles, non médicales, après réception des médicaments relevant du forfait PMA 1/2, entraînera le remboursement par le couple de la totalité du coût des médicaments délivrés par l'hôpital. Un forfait de laboratoire pourra vous être facturé.

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.

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.

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	



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

<b>Autorisation traitement avec don d'embryons</b>	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-005- version 10	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

\* En cas d'absence de l'un des auteurs du projet parental, une **procurator** 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 aux auteurs du projet parental et l'autre au centre de PMA.**