

CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée - HBW

Autorisation cong. sperme donneur non anonyme	Rédacteur : Romain Imbert
FE-MEDI-009- version 11	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

Convention congélation sperme de donneur non anonyme

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

Cachet et signature du médecin :

La présente établit une convention pour une affectation de sperme cryo-préservé à un programme de don de sperme dirigé/non anonyme, 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 Matériel Corporel Humain, et 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

D'autre part, **le donneur de sperme :**

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Etiquette du donneur

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

Autorisation cong. sperme donneur non anonyme	Rédacteur : Romain Imbert
FE-MEDI-009- version 11	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

Moi, le **donneur de sperme**, déclare avoir été informé des différentes affectations possibles pour mon sperme par le médecin du centre de procréation médicalement assistée.

Je déclare consentir au prélèvement, à la congélation et à l'utilisation de mon sperme pour une affectation à un programme de DON DIRIGE/NON ANONYME.

- Je déclare que ma décision d'affecter mon sperme à un programme de don a été prise librement et sans contrainte, de ma propre initiative.
- J'autorise l'équipe du centre de procréation médicalement assistée (PMA) du CHIREC à traiter mon sperme aux fins de don dirigé/non anonyme.
- Je déclare que les pailles de sperme congelées sont réservées exclusivement pour un traitement d'insémination ou de FIV chez Madame :

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

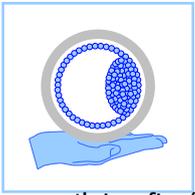
- Je suis conscient de ne pas pouvoir exercer une quelconque influence sur cette gestion.
- Je suis informé que le sperme qui ne peut être utilisé dans le cadre d'un don de sperme et destiné à être détruit pourra être utilisé à des fins de formation et d'amélioration de la qualité des techniques du laboratoire de PMA.
- J'ai pu, lors des consultations successives, obtenir auprès de l'équipe du Centre de 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 et au cours du processus de don de sperme et avoir été informé de la nécessité de rencontrer un psychologue ou pédopsychiatre.

Je déclare avoir été informé des dispositions légales prévues par la loi relative à la PMA du 6 juillet 2007, qui précise en particulier que sont interdits:

- La commercialisation du sperme
- Le don de sperme 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 de sperme 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'insémination simultanée de sperme provenant de différents donneurs

Je déclare avoir été informé que :

- Une fois la procédure de don engagée, le don est irrévocable
 - Le sperme d'un même donneur ne peut conduire à la naissance d'enfants chez plus de 6 femmes (ou couples de femmes) différentes
- A ce titre, le donneur déclare expressément ne pas avoir été ni devenir donneur de sperme dans une autre banque.**
- A compter de l'insémination du sperme donné, les règles de filiation telles qu'établies par le Code civil jouent en faveur du ou des auteurs du projet parental ayant reçu ledit sperme. Aucune action relative à la filiation ou à ses effets patrimoniaux ne peut être ouverte au donneur de sperme ou intentée à l'encontre du donneur de sperme par les receveurs et par l'enfant né de l'insémination de ce sperme.



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée - HBW

Autorisation cong. sperme donneur non anonyme	Rédacteur : Romain Imbert
FE-MEDI-009- version 11	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

J'ai enfin été informé de mon engagement :

- à fournir toutes les informations médicales nécessaires et à réaliser les examens nécessaires pour établir la sécurité **sanitaire du sperme fourni en réalisant au préalable un bilan sérologique comportant la recherche des antigènes et/ou anticorps** contre la syphilis, les hépatites B & C et l'HIV, un caryotype, une recherche du portage de la mucoviscidose ou de toute autre maladie héréditaire fréquente dans mon ethnie ainsi que d'autres maladies transmissibles potentielles prévues par la législation sur les banques de matériel corporel humain. J'ai été informé de la nécessité de rencontrer un généticien dans le cadre de cette démarche de don de sperme.
- A réaliser au cours de la période des dons, une sérologie (syphilis, les hépatites B & C et HIV) et une recherche de Chlamydia par PCR sur urines à chaque don.
- Le sperme sera congelé 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. Le sperme ne sera validé pour une utilisation humaine qu'à dater de la réception des résultats de cette dernière sérologie.
- Le sperme peut aussi être validé immédiatement après réception de la sérologie pour la syphilis et des PCR pour HIV, HCV, HBV, réalisées au moment du dernier don.
- Je m'engage à porter au Centre de 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 de sperme le requiert, que le Centre de 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 et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27.04.2016.
- J'accepte de réaliser à postériori des examens complémentaires qui pourraient être nécessaire à la santé de l'enfant issu de ce don.
- **Je déclare avoir informé mon médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.**

Dans l'hypothèse où les résultats des examens visant à s'assurer de la sécurité sanitaire du sperme donné s'avèrent incompatibles avec le don ou si je refuse ou m'abstient de me soumettre à ces examens, le sperme, dès lors non utilisé, sera **détruit**.

La durée de conservation légale du sperme est de 10 ans maximum. Elle peut être réduite à la demande du dépositaire.

Le(s) auteur(s) du projet parental choisisse(nt) :

- une conservation à long terme (10 ans)
- une conservation réduite à an(s)

Le coût de la cryoconservation de sperme est de 150 euros (si plusieurs congélations successives sont nécessaires, ce forfait couvre une période d'un mois). 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 le dépôt **dans les trente jours suivant la date de la facturation**, vous êtes supposé vouloir poursuivre le dépôt et honorer les factures.



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée - HBW

Autorisation cong. sperme donneur non anonyme	Rédacteur : Romain Imbert
FE-MEDI-009- version 11	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

A tout moment, les auteurs du projet parental peuvent décider de mettre fin à la conservation du sperme de leur donneur en envoyant un courrier par lettre recommandée signé par le ou les auteurs du projet parental.

A la fin de la période de conservation décidée ci-dessus ou lorsque celle-ci sera spécifiée par les auteurs du projet parental, le sperme cryopréservé :

- Peut être utilisé pour des dons anonymes
- Doit être détruit
- Doit être conservé pour l'usage propre du donneur

En cas de décès, ou mésentente insoluble sur la destination des gamètes, le sperme sera détruit à moins d'un accord entre les parties pour une autre utilisation, accord à joindre en annexe.

Les présentes instructions du donneur et du/des auteur(s) du projet parental peuvent être modifiées, sous réserve de l'expiration du délai légal de conservation de 10 ans du sperme affecté à un programme de don. Ces modifications doivent faire l'objet d'un document écrit signé par toutes les parties de la présente convention.

Le donneur marque son accord pour que ses données médicales et administratives soient mises à la disposition du gynécologue responsable de la banque de sperme, et il 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 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.

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.**

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

<u>Le donneur non anonyme :</u> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	
<u>La receveuse de sperme :</u> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	<u>Le ou la partenaire de la receveuse :</u> Date : ____ / ____ / ____ Signature :
<u>Le médecin :</u> Date : ____ / ____ / ____ Cachet et signature :	

Cette convention est rédigée en trois exemplaires, l'un destiné au donneur, l'autre à la receveuse ou au couple receveur et le 3^{ème} au centre de PMA.