

CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW

Autorisation transfert d'embryon pour GPA	<i>Rédacteur : Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-048-version 05	<i>Vérificateur : Célia André</i>
<i>Date d'application : 21/05/2024</i>	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

Convention et Autorisation pour la mère porteuse

Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire a été remis aux auteurs du projet parental ce ____ / ____ / ____
par le Dr _____.

Cachet et signature du médecin :

La présente établit une convention pour le transfert d'un ou de plusieurs embryons issus du projet parental d'un couple intentionnel chez une mère porteuse 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 :

CHIREC - Site Braine L'Alleud-Waterloo :	CHIREC – Site Delta :
Adresse : Rue Wayez, 35 (bâtiment F,-1) 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 **mère porteuse** :

NOM – Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Adresse(s) e-mail : _____@_____

Et d'autre part, le(s) **auteur(s) du projet parental (couple d'intention)** :

NOM – Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

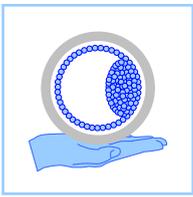
NOM – Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Adresse(s) e-mail : _____@_____

_____@_____



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW

Autorisation transfert d'embryon pour GPA	Rédacteur : <i>Kristel Van den Broeck</i>
FE-MEDI-048-version 05	Vérificateur : <i>Célia André</i>
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : <i>Romain Imbert</i>

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Moi, la **mère porteuse** :

Madame _____, née le ____ / ____ / _____

déclare avoir accepté de manière libre et sans contrainte de porter la grossesse pour le couple intentionnel susmentionné.

Je déclare :

- accepter de rendre l'enfant au couple intentionnel après l'accouchement selon les modalités préalablement établies.
- avoir été informée des risques inhérents à toute grossesse.
- avoir discuté avec le couple intentionnel des attitudes à adopter en cas de malformation avérée du fœtus et accepte de suivre la décision du couple intentionnel.
- avoir discuté avec le couple intentionnel des modalités de suivi de la grossesse et de l'accouchement.
- avoir été informée des implications légales liées à cette procédure et avoir consulté une juriste spécialisée. Cette consultation est obligatoire.
- avoir consulté une personne habilitée à assurer un accompagnement psychologique avant, au cours et après le transfert préalablement à tout traitement. Une consultation chez la psychologue habilitée est obligatoire avant le début de la procédure.
- Avoir informé notre médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.

Nous, les **auteurs du projet parental** :

Monsieur/Madame _____, né(e) le ____ / ____ / _____

Monsieur/Madame _____, né(e) le ____ / ____ / _____

déclarons :

- avoir reçu toutes les informations concernant la gestation pour autrui, y compris à l'aide de consultations chez le(la) psychologue et le(la) juriste spécialisé(e),
- avoir signé le formulaire de consentement de FE-MEDI-004 : Convention et Autorisation du couple demandeur d'une PMA ayant recours à une mère porteuse ou gestation pour autrui.

Nous donnons notre accord, de façon éclairée, sciemment et librement, pour le transfert des embryons :

issus du prélèvement d'ovocytes :

- Chez Madame : _____
- Chez une donneuse connue, Madame : _____
- Chez une donneuse anonyme

mis en fécondation avec le sperme :

- de Monsieur _____
- d'un donneur connu, Monsieur : _____
- d'un donneur anonyme

Chez la mère porteuse

- Madame : _____



CHIREC - Centre de Procréation Médicalement Assistée – HBW

Autorisation transfert d'embryon pour GPA	Rédacteur : Kristel Van den Broeck
FE-MEDI-048-version 05	Vérificateur : Célia André
Date d'application : 21/05/2024	Approbateur : Romain Imbert

Tout abandon de traitement pour raisons personnelles, non médicales, après réception des médicaments relevant du forfait PMA 1/2, entraînera le remboursement par les auteurs du projet parental de la totalité du coût des médicaments délivrées par l'hôpital.

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.

<u>Les auteurs du projet parental</u>	
<u>Madame*</u> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	<u>Monsieur/Madame*</u> Date : ____ / ____ / ____ Signature :
<u>La mère porteuse*</u> Date : ____ / ____ / ____ Signature :	
<u>Le médecin :</u> Date : ____ / ____ / ____ Cachet et signature	

* En cas d'absence de l'un des auteurs du projet parental, une **procuracion** ainsi qu'une **copie de la carte d'identité recto/verso** doivent **obligatoirement** être remises au centre de PMA.

Cette convention est rédigée en trois exemplaires, l'un destiné à l'auteur ou aux auteurs du projet parental, l'autre à la mère porteuse et le 3^{ème} au centre de PMA.