



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

<b>Autorisation de transfert d'embryons congelés</b>	<i>Rédacteur : Romain Imbert</i>
FE-MEDI-016- version 08	<i>Vérificateur : Kristel Van den Broeck</i>
Date d'application : 21/05/2024	<i>Approbateur : Romain Imbert</i>

### Convention pour un transfert d'embryons congelés

Ce formulaire 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

<b>Autorisation de transfert d'embryons congelés</b>	Rédacteur : Romain Imbert
FE-MEDI-016- version 08	Vérificateur : Kristel Van den Broeck
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 et compris toutes les informations concernant le transfert d'embryons cryoconservés préalablement au cycle de Fécondation In Vitro ayant mené à la cryoconservation de ces embryons.
- avoir été informés des frais liés à la prise en charge pour un transfert d'embryon congelé (fiche annexe).
- avoir été informé(s) que le nombre d'embryons transférés est limité à chaque essai, afin de limiter le risque de grossesse multiple.
- 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 vivement été recommandée.
- avoir 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
- avoir informé notre médecin de tout séjour à l'étranger durant les 3 derniers mois.

Tout abandon de traitement pour raisons personnelles, non médicales, après réception des médicaments relevant du forfait PMA 1/2 ou PMA 3, entraînera le remboursement par le couple 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.

Je donne / Nous donnons mon / notre accord, de façon éclairée, sciemment et librement, pour le transfert des embryons cryoconservés :

issus du prélèvement d'ovocytes	mis en fécondation avec le sperme
<input type="checkbox"/> chez Madame _____	<input type="checkbox"/> de Monsieur _____
<input type="checkbox"/> chez une donneuse	<input type="checkbox"/> d'un donneur

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	

\* 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.**