

**ADM : Confirmation des conventions
en matière de procréation
médicalement assistée**

Référence	QSMEUSE-FORM-2522
Version	02
Date d'application	25/11/2022
Limite de validité	25/11/2024

Service de Procréation
Médicalement Assistée
Rendez-vous de 8h à 16h



Tél : 081/72 73 34
Fax : 081/72 73 35
E-Mail : PMA@chrnamur.be

Je soussigné,

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Domicilié(e) (rue).....n°.....
(code postal).....(Ville).....
Mail :

OU

Nous soussignés,

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Domicilié(e)s (rue).....n°.....
(code postal).....(Ville).....
Mail 1 :
Mail 2 :

Confirme/Confirmons les dispositions émises lors de la programmation d'un cycle antérieur auprès de votre Centre de PMA. Ces dispositions concernent :

- La convention relative aux techniques de fécondation in vitro et au devenir des embryons surnuméraires (QSMEUSE-FORM-2494) datant du/...../.....
Si le couple dispose de gamètes précédemment cryopréservés :
 - La patiente consent à la décongélation et à l'utilisation de ses ovocytes congelés
 - Le patient consent à la décongélation et à l'utilisation de son sperme congelé

**ADM : Confirmation des conventions
en matière de procréation
médicalement assistée**

Référence	QSMEUSE-FORM-2522
Version	02
Date d'application	25/11/2022
Limite de validité	25/11/2024

- La convention relative au transfert d'embryons congelés (QSMEUSE-FORM-2495) datant du/...../.....
- La convention relative à l'insémination avec sperme du conjoint (QSMEUSE-FORM-2492) datant du/...../.....
Si le patient dispose de gamètes précédemment cryopréservés :
 - Le patient consent à la décongélation et à l'utilisation de son sperme congelé
- La convention relative à l'insémination avec sperme de donneur (QSMEUSE-FORM-2493) datant du/...../.....
- La convention relative à la cryoconservation des ovocytes à titre sociétal (QSMEUSE-FORM-2524) datant du/...../.....

Fait à Namur, en 2 exemplaires, le/...../.....

Chacune des parties déclare avoir reçu un exemplaire du présent document.

Signature(s) précédée(s) de
la mention « lu et approuvé »

Signature et cachet du Médecin
du service de PMA

Madame

Madame/Monsieur

Dr.....