

**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](mailto: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.....