

Je soussignée,

Madame Nom :	Prénoms :
Née le :	Lieu de naissance :
CIN / Passeport No. :	Nationalité :
Tel (GSM) :	Mail :

Donne mon accord pour que mes ovocytes soient conservés de manière à m'être ultérieurement restitué dans le cadre d'une aide médicale à la procréation, en accord avec les médecins traitants et selon les conditions suivantes :

1. La demande de conservation d'ovocytes est strictement personnelle.
2. Le Centre effectue la congélation et assure la conservation des ovocytes pour une durée de 1 an renouvelable.
3. Une demande de renouvellement de cryoconservation des ovocytes doit parvenir au Centre par mail avant l'échéance d'une année.
4. La durée légale de conservation (Loi 47-14) ne peut dépasser 5 ans, renouvelable.
5. En cas de souhait de destruction des paillettes contenant les ovocytes, une demande doit parvenir au Centre par mail avec tous vos identifiants et la date exacte présumée de la destruction.
6. En cas de décès, les paillettes contenant les ovocytes seront détruites dans les délais fixés par la loi.
7. Je m'engage également à payer les frais de conservation de mes ovocytes.
8. Votre demande doit être accompagnée des pièces suivantes :
 - Examens sérologiques (HIV, Hépatite B, C) récents de moins de 6 mois.
 - Photocopie de CIN ou Passeport.

J'atteste avoir été informée par mon docteur _____ sur :

- La préservation de la fertilité et ses conséquences.
- La conservation et l'utilisation ultérieure des paillettes.

TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE ET /OU DE NUMERO DE TELEPHONE DOIT IMPERATIVEMENT ETRE SIGNALE AU CENTRE

Fait à _____, le/...../.....

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)