

CONVENTION ET CONSENTEMENT ECLAIRÉ **INSÉMINATION INTRA-UTÉRINE (IIU) –projet monoparental**

La présente établit une convention pour un traitement d'insémination intra-utérine entre

- D'une part, le centre de Procréation Médicalement Assistée du CHC-Clinique MontLégia, Boulevard Patience et Beaujonc 2, 4000 Liège, ici représenté par le Docteur (cachet)

- D'autre part, l'auteure du projet parental

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Domiciliés à

.....

Moi, auteure du projet parental déclare avoir été informée des différents projets parentaux possibles, en ce compris l'adoption, des techniques d'assistance médicale à la procréation.

Je déclare avoir demandé au centre de procréation médicalement assistée (PMA) du CHC-Clinique MontLégia une insémination intra-utérine (IIU).

Je déclare avoir reçu une brochure explicative et avoir eu l'occasion de poser toutes les questions requises à mon information/compréhension concernant le traitement par IIU.

Je déclare avoir reçu les coordonnées des personnes habilitées à assurer un accompagnement psychologique avant et au cours du processus de procréation médicalement assistée. La participation à deux consultations préalables à tout traitement est requise et j'en ai été avertie.

Le Docteur m'a précisé les différents avantages mais aussi les risques liés à l'IAD, notamment ceux d'une grossesse multiple en cas de stimulation ovarienne associée et ceux liés au déroulement de la grossesse après aide à la procréation.

J'ai pu, lors des consultations successives, obtenir auprès de l'équipe du centre PMA toutes les informations complémentaires que je souhaitais.

Je peux à tout moment renoncer au projet d'insémination intra-utérine sans devoir me justifier.

CHC-CLINIQUE DU MONTLEGIA - SERVICE DE PMA			
Convention relative à l'IIU- projet monoparental			Page 2/2
B0203F57	Version :	2.0	Date d'application
			30/03/2020

Je marque mon accord pour que les données médicales et administratives soient mises à la disposition des gynécologues du Centre de PMA du CHC-Clinique MontLégia participant au traitement, et j'autorise la communication des données obtenues à des instances externes en vue de l'enregistrement national et international ainsi que du suivi de la qualité de l'activité de Procréation Médicalement Assistée. Cette communication se fait sous forme codée afin que l'identité des personnes concernées ne soit pas révélée à l'organisme qui reçoit et analyse les données.

J'autorise, que les données médicales relatives à mon dossier et mon traitement, soient utilisées ultérieurement pour des projets d'étude, et mises à disposition des chercheurs après pseudo-anonymisation de mon identité et ce sans violation des règles RGPD d'application depuis mai 2018 (Règlement Général sur la Protection des Données).

Je m'engage à faire connaître sans délai au Centre de PMA du CHC-Clinique MontLégia tout changement de situation familiale ou de domicile.

Tout abandon de traitement *pour raisons personnelles*, non médicales, après réception des médicaments relevant du forfait A2/B2, entraînera le remboursement par la patiente de la totalité du coût des médicaments délivrés par l'hôpital.

Fait à Liège, le

Signature, précédée de la mention "Lu et approuvé",

L'auteur du projet parental

Le Médecin