



INVUL-
AV-F

DEMANDE DE TRAITEMENT PAR GESTATION POUR AUTRUI (GPA) POUR LES PARENTS PROSPECTIVES

Cher,

Nous avons reçu votre demande de traitement de fertilité par le GPA. Nous vous invitons à remplir le questionnaire et à le renvoyer à l'adresse ou à l'adresse e-mail ci-dessous.

Sur la base des informations fournies dans le questionnaire, il sera déterminé si vous serez invité à un éventuel conversation. Votre demande sera discutée par l'équipe multidisciplinaire responsable de la gestation pour autrui (composée d'un médecin spécialiste de la fertilité, d'un obstétricien, d'un psychologue et de 2 sages-femmes). Cela prend généralement un certain temps. Si votre demande de traitement n'est pas acceptée, nous vous en informerons par téléphone. Si l'équipe décide de procéder à un screening plus approfondi, vous serez contacté pour organiser les consultations nécessaires.

Veuillez également ajouter le dossier médical complet des deux futurs parents. Veuillez également demander le dossier médical/obstétrique de la mère porteuse à son médecin traitant et le joindre.

Pour traiter votre demande, un dossier médical sera ouvert pour vous et des frais administratifs de 125 euros seront facturés, indépendamment d'une décision positive ou négative. Après approbation de votre demande et pendant le traitement, un coût administratif, additionnel de 500 euros sera facturé.

Avec nos sincères salutations

L'équipe multidisciplinaire gestation pour autrui

Veillez retourner à :
Universitair Ziekenhuis Brussel
Brussels IVF – Contact Center
Avenue de Laarbeek 101
B-1090 Bruxelles
Belgique

info@brusselsivf.be

DEMANDE DE TRAITEMENT PAR GESTATION POUR AUTRUI (GPA) POUR LES PARENTS PROSPECTIVES

Données personnelles futur parent 1

Nom ▶
 Prénom ▶
 Adresse ▶

 Date de naissance ▶
 Nationalité ▶
 Numéro de téléphone ▶
 E-mail ▶
 Formation ▶
 Profession ▶

Données personnelles futur parent 2

Nom ▶
 Prénom ▶
 Adresse ▶

 Date de naissance ▶
 Nationalité ▶
 Numéro de téléphone ▶
 E-mail ▶
 Formation ▶
 Profession ▶

Est-ce que vous êtes:

- Marié
 En cohabitation légal depuis:
 En cohabitation depuis:
 Ne pas cohabitant

Quelle est la durée de votre relation? an/ans

Quelle est la durée de votre désir d'enfants? an/ans

Est-ce que vous avez déjà des enfants dans cette relation?

- Non
 Oui - Combien?
 De quelle âge? ▶

Est-ce que vous avez déjà des enfants d'une relation précédente?

- Non
 Oui,
 Préciser ▶

Depuis quel age ? ▶

Pourquoi choisissez-vous pour le gestation pour autrui?

▶

Si nécessaire ; Comment voulez-vous fournir une donneuse d'ovocytes?

▶

Avez-vous du matériel cellulaire congelé ?

- Non
 Oui - Préciser ▶

Avez-vous déjà consulté un conseiller juridique ?

- Non
 Oui - Chez qui ? ▶

DEMANDE DE TRAITEMENT PAR GESTATION POUR AUTRUI (GPA) POUR LES PARENTS PROSPECTIVES

Données médicale futur parent 1

Pouvez-vous décrire les affections dont vous avez déjà souffert dans le passé ? Veuillez également noter la date à laquelle la maladie est apparue et si vous avez eu une opération chirurgicale pour la traiter ?

Souffrez-vous actuellement d'une maladie (chronique) ?

- Non
 Oui - Laquelle ? ▶

.....

Prenez-vous des médicaments pour votre santé physique et/ou mentale? Ou est-ce que vous avez pris des médicaments pour votre santé physique et/ou mentale?

- Non
 Oui - Lequel, dans quel but et depuis quand ?

▶

.....

Êtes-vous actuellement en suivi avec un spécialiste médical?

- Non
 Oui - Lequel ? ▶

A cause de ▶

.....

Êtes-vous actuellement en suivi avec un psychologue/ psychiatre/...?

- Non
 Oui - Lequel ? ▶

Et pour quelle raison ?

▶

.....

Données médicale futur parent 2

Pouvez-vous décrire les affections dont vous avez déjà souffert dans le passé ? Veuillez également noter la date à laquelle la maladie est apparue et si vous avez eu une opération chirurgicale pour la traiter ?

Souffrez-vous actuellement d'une maladie (chronique) ?

- Non
 Oui - Laquelle ? ▶

.....

Prenez-vous des médicaments pour votre santé physique et/ou mentale? Ou est-ce que vous avez pris des médicaments pour votre santé physique et/ou mentale?

- Non
 Oui - Lequel, dans quel but et depuis quand ?

▶

.....

Êtes-vous actuellement en suivi avec un spécialiste médical?

- Non
 Oui - Lequel ? ▶

A cause de ▶

.....

Êtes-vous actuellement en suivi avec un psychologue/ psychiatre/...?

- Non
 Oui - Lequel ? ▶

Et pour quelle raison ?

▶

.....

Si nécessaire: Veuillez également attacher le dossier médical complet des deux futurs parents.

INVUL-
AV F

DEMANDE DE TRAITEMENT PAR GESTATION POUR AUTRUI (GPA) POUR LES PARENTS PROSPECTIVES

À REMPLIR UNIQUEMENT PAR UN DES FUTURS PARENTS, LE CAS ÉCHÉANT.

Avez-vous déjà été enceinte?

- Non
 Oui

Grossesse spontanée Traitement de fertilité

Est-ce que vous avez déjà accouché?

- Non
 Oui - Combien de fois ? ▶

Avez-vous déjà eu des grossesses qui ont été terminées avant terme ?

- Non
 Oui - À cause de ? ▶
.....
.....

CANDIDATE MÈRE PORTEUSE

Avez-vous trouvé une femme qui accepte, en tant que candidate à la gestation pour autrui, de subir un traitement de fertilité, de effectuer une grossesse et accoucher et de vous remettre l'enfant et de commencer une procédure d'adoption légale ?

- Non, ne pas encore. Je souhaite/nous souhaitons une conversation informative sur les options de GPA.
 Oui
Si oui, quelle est votre relation avec la mère porteuse ?
 Familiale, laquelle? ▶
 Amicale, laquelle? ▶
 Autre ▶

Si oui, y a-t-il une compensation pour votre mère porteuse?

- Non
 Oui - Quels sont les accords?
▶
.....

À REMPLIR PAR LA MÈRE PORTEUSE (LE CAS ÉCHÉANT)

Données de la mère porteuse

Nom ▶
Prénom ▶
Adresse ▶
.....
Date de naissance ▶
Nationalité ▶
Numéro de téléphone ▶
E-mail ▶
Formation ▶
Profession ▶
État civil ▶

Données du partenaire de la mère porteuse (le cas échéant)

Nom ▶
Prénom ▶
Adresse ▶
.....
Date de naissance ▶
Nationalité ▶
Numéro de téléphone ▶
E-mail ▶
Formation ▶
Profession ▶
État civil ▶

DEMANDE DE TRAITEMENT PAR GESTATION POUR AUTRUI (GPA) POUR LES PARENTS PROSPECTIVES

DONNÉES MÉDICALES DE LA MÈRE PORTEUSE

Avez-vous déjà été enceinte ?

- Non
 Oui - Combien des grossesses ▶
 Grossesse spontanée Traitement de fertilité

Est-ce qu'il y a eu des complications pendant ces grossesses ?

- Non
 Oui - Lesquelles? ▶

Avez-vous déjà eu des grossesses qui ont été terminées avant terme ?

- Non
 Oui - Préciser ▶
 ▶

Avez-vous déjà accouché ?:

- Non
 Oui - Combien de fois ? ▶

Avez-vous eu des complications pendant les accouchements ?

- Non
 Oui, préciser ▶

Avez-vous subi une césarienne ?

- Non
 Oui - Combien de fois ? ▶

Vous et votre partenaire désirez toujours des enfants ?

- Non
 Oui - Préciser ▶

Avez-vous été mère porteuse dans le passé ?

- Non Oui
 Si oui, combien de fois ? ▶
 Si oui, dans quelle situation ? ▶

Pouvez-vous décrire les affections dont vous avez déjà souffert dans le passé ? Veuillez également noter la date à laquelle la maladie est apparue et si vous avez eu une opération chirurgicale pour la traiter ?

▶

Souffrez-vous actuellement d'une maladie (chronique) ?

- Non
 Oui - Laquelle ? ▶

Prenez-vous des médicaments pour votre santé physique et/ou mentale? Ou est-ce que vous avez pris des médicaments pour votre santé physique et/ou mentale ?

- Non
 Oui - Lequel, dans quel but et depuis quand?
 ▶

Êtes-vous actuellement en suivi avec un spécialiste médical ?

- Non
 Oui - Laquelle ? ▶

À cause de ▶

Êtes-vous actuellement en suivi avec un psychologue/psychiatre/...?

- Non
 Oui - Laquelle? Et pour quelle raison?
 ▶

Quelle est votre taille ? ▶ cm

Quelle est votre poids ? ▶ kg

Fumez-vous ? Oui Non
 Combien/jour ? ▶

Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non
 Combien/jour ? ▶

Consommez-vous des drogues ? Oui Non
 Lesquelles ? ▶
 Combien/jour ? ▶

Veillez également demander le dossier médical/obstétrique de la mère porteuse à son médecin traitant et le mettre en pièce jointe.