



## DEMANDE DE PRESERVATION DE LA FERTILITE



Centre de Fertilité de l'Hôpital TENON – 4 rue de la Chine – 75070 PARIS Cedex 20  
Service de Médecine de la Reproduction : [secretariat.amp.tnn@aphp.fr](mailto:secretariat.amp.tnn@aphp.fr)

Je, soussignée,

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Certifie vouloir auto-conserver mes ovocytes, après avoir été parfaitement informée de la procédure de stimulation, de ponction et de cryopréservation ovocytaire.

J'accepte le prélèvement de mes ovocytes et le traitement médical, j'ai été informée de leurs déroulements, de leurs contraintes et de leurs effets secondaires et risques potentiels. Une liste de ceux-ci m'a été remise, commentée et discutée en consultation. J'ai bien compris l'ensemble de ces informations, et ai pu poser toutes les questions qui me paraissaient nécessaires.

Je donne mon accord pour la procédure de cryopréservation ovocytaire qui m'a été expliquée (vitrification ovocytaire, après maturation in vitro si nécessaire)

Je m'engage après l'intervention faite en hospitalisation de jour à sortir accompagnée et à passer la nuit suivante à Paris ou en Région Parisienne.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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