



## DEMANDE DE PONCTION D'OVOCYTES



### Autorisation d'opérer

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

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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone \_\_\_\_\_

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

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

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

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 (risque hémorragique et infectieux principalement, risque de thrombose jusqu'à 6 semaines après le prélèvement ovocytaire et la ponction d'ovocytes, faisant déconseiller tout voyage en avion durant cette période).

J'ai bien reçu les documents d'information remis en consultation, et j'ai bien suivi la vidéo d'information sur le site du centre de Fertilité de Tenon (Fertilité-Tenon). J'ai bien compris l'ensemble de ces informations, et ai pu poser toutes les questions qui me paraissaient nécessaires.

J'accepte que cette intervention soit effectuée dans le service d'AMP de l'hôpital TENON.

Je m'engage à signaler au centre d'AMP, avant toute tentative, tout voyage depuis moins de 3 mois, dans une zone à risque pour le virus ZIKA.

Après l'intervention faite en hospitalisation de jour, je m'engage à sortir accompagnée et à passer la nuit en présence d'un accompagnant en région parisienne.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

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