

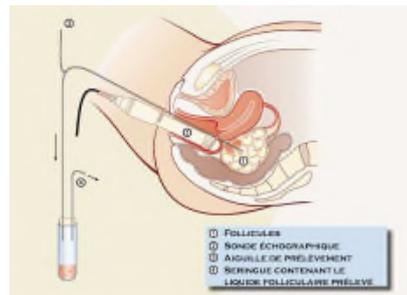
INFORMATIONS SUR LE RECUEIL D'OVOCYTES

Le recueil des ovocytes est organisé au bloc opératoire le surlendemain de l'injection déclenchant l'ovulation.

Cette ponction des follicules demande une courte hospitalisation en « hôpital de jour » et est habituellement effectuée sous anesthésie locale, ou générale, ou sous hypnose.

Il est réalisé par aspiration écho guidée du liquide folliculaire.

Le contenu des follicules (liquide folliculaire qui contient les complexes cumulo-ovocytaires contenant les ovocytes) est collecté dans des tubes.



Le recueil d'ovocytes peut engager 4 types de risques :

Le risque hémorragique : Vaginal ou ovarien et exceptionnellement au niveau des gros vaisseaux de voisinage. Il peut être majoré soit par une réponse ovarienne excessive, soit par une pathologie personnelle (troubles de la coagulation), soit par des traitements anti-coagulants qui peuvent être prescrits par votre médecin (traitements **IMPERATIVEMENT** interrompus quelques jours avant la ponction selon avis médical).

Le risque infectieux : Il peut survenir soit par la réactivation d'un foyer infectieux préexistant à l'intervention chirurgicale, ou par l'apport d'un germe au décours du geste chirurgical lui-même, de déclarant à distance de l'intervention.

Le risque viscéral : Du fait de la proximité des ovaires, des anses digestives, il existe un risque rare de perforation au niveau du système digestif.

Le risque anesthésique : Soulevé lors de votre visite avec un médecin anesthésiste.

Une complication peut nécessiter des traitements spécifiques, voire une nouvelle intervention.

Comme tout acte chirurgical, la ponction d'ovocytes comporte exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Dans tous les cas, il vous est demandé de nous signaler tout fait nouveau survenu récemment (état de santé personnel, prise de médicaments non prescrits, etc...)

**IMPORTANT : CE DOCUMENT EST A RAMENER DATE ET SIGNE, LE JOUR DE VOTRE INTERVENTION.
Page ci-après.**

**CONSENTEMENT AU RECUEIL D'OVOCYTES EN
VUE DE FECONDATION IN VITRO**

Je soussignée, Madame :

Certifie avoir pris connaissance des risques (hémorragique, infectieux, viscéral et anesthésique,) qui accompagnent le geste relatif au recueil d'ovocytes indispensable à la réalisation de ma tentative de fécondation in Vitro et, certifie avoir reçu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant cet acte.

Je consens, d'autre part, à ce que les ovocytes ainsi obtenus soient mis en culture au laboratoire pour réaliser la fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation selon la technique convenue avec l'équipe médicale.

Marseille, le ____ / ____ / _____

Signature (précédée de la mention « Lu et Approuvé ») :