

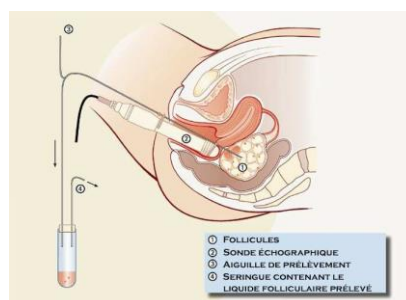
INFORMATIONS SUR LE RECUEIL CHIRURGICAL D'OVOCYTES

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 + sédation, ou générale, ou 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, et provoquer un abcès de l'ovaire.

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 chirurgicale en urgence.

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.

**CONSENTEMENT AU RECUEIL CHIRURGICAL
D'OVOCYTES**

Je soussignée,

Madame Nom Utilisé:

Prénoms :

Nom de naissance :Née le (jj/mm/aaaa) : /..... /.....

Dans le cadre de la réalisation de ma tentative :

- De préservation de fertilité par autoconservation ovocytaires
- De fécondation in Vitro

(Cocher la case correspondante)

Certifie avoir pris connaissance des risques qui accompagnent le geste relatif au recueil d'ovocytes :

- Hémorragie post ponction ovocytaire
- Abcès ovarien
- Risque viscéral
- Risque Anesthésique

Certifie avoir reçu les réponses à mes questions concernant cet acte.

Je consens, d'autre part, à ce que les ovocytes ainsi obtenus soient utilisés selon la technique prévue dans mon dossier.

Marseille, le ____ / ____ / _____

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