



AUTORISATION DE PONCTION OVOCYTAIRE

Ce document doit nous être remis au plus tard au début de la stimulation de l'ovulation

Je, soussignée,

Madame (Nom, Prénom) _____ née le _____

Autorise le Dr _____*, à pratiquer une ponction ovocytaire le _____*.

J'ai été informée des risques inhérents à ce geste.

Fait à _____, le _____

* informations complétées le jour de la ponction