

**Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal :**

Accueil : 01.57.02.32.33 / Télécopie : 01.45.17.55.41 **Infirmières** : 01.57.02.32.34 ou 32.38  
GynObsDAN@chicreteil.fr **Secrétariat** : 01.57.02.32.34 / Télécopie : 01.45.17.55.41

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS 2021**

Demande envoyée par :

Nom :

Etablissement :

Adresse MAIL du demandeur :

Numéro de téléphone du demandeur :

Lieu accouchement :

**MOTIF DE DEMANDE :** \_\_\_\_\_

**IDENTITE DE LA PATIENTE :**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Adresse :

Mail :

**ANTECEDENTS :**

Gestité :

Parité :

Consanguinité :    oui                       non

- Familiaux :
- Médicaux-chirurgicaux et gynécologiques :
- Obstétricaux :

*Grossesse actuelle :*

- DDR :
- Début de grossesse :

**Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal :**

Accueil : 01.57.02.32.33 / Télécopie : 01.45.17.55.41 Infirmières : 01.57.02.32.34 ou 32.38  
GynObsDAN@chicreteil.fr Secrétariat : 01.57.02.32.34 / Télécopie : 01.45.17.55.41

Gestité :

Parité :

Date	Issue (FCS, IVG, Acct...)	Terme	Poids naissance	Taille naiss.

Echographie du 1<sup>er</sup> trimestre : Terme :

LCC :

CN :

- Dépistage de la Trisomie 21 au 1<sup>er</sup> trimestre : 1/
- PAPP-A : MoM                      Beta HCG : MoM
- Dépistage de la Trisomie 21 au 2<sup>ème</sup> trimestre : 1/
- AFP : MoM                      Beta HCG : MoM
- DPNI :

Caryotype (si déjà prélevé) :

Échographie :

Terme :

Conclusion :

Échographie :

Terme :

Conclusion :

**Vous pouvez nous faire parvenir cette fiche par E-MAIL :**

**GynObsDAN@chicreteil.fr**

N'oubliez pas de joindre à cette fiche une copie des résultats, des comptes rendus d'échographie et nous faire parvenir les clichés les plus pertinents à l'adresse mail du service, ainsi que la fiche de consentement pour la présentation du dossier en staff de DPN signée par la patiente.

**Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal :**

**Accueil :** 01.57.02.32.33 / **Télécopie :** 01.45.17.55.41 **Infirmières :** 01.57.02.32.34 ou 32.38  
**GynObsDAN@chicreteil.fr** **Secrétariat :** 01.57.02.32.34 / **Télécopie :** 01.45.17.55.41

**Chef de Service**  
Pr B. HADDAD

**Praticiens CPDPN :**  
Dr V. CASTAIGNE (PHTP coordinatrice)  
Dr S.LEVET (PHTP)  
Dr K. POMMIER-PONS (CCU-AH)  
Dr L. FRANCHINARD (AS)

**Secrétariat :**  
Poste 01.45.17.55.75  
Mme C. COVEMAERKER  
[Christel.Covemaeker@chicreteil.fr](mailto:Christel.Covemaeker@chicreteil.fr)

**Accueil, Prise de Rendez-vous :**  
Poste 01.45.17.55.77  
Mme S. DRIEU  
[GynObsDAN@chicreteil.fr](mailto:GynObsDAN@chicreteil.fr)

**Infirmières :**  
Mme M. HELLER  
Poste 01.45.17.51.58  
Mme A. GENASSE  
Poste 01.45.17.55.88  
[GynObsDAN@chicreteil.fr](mailto:GynObsDAN@chicreteil.fr)

**Sages Femmes :**  
Mme A. GENDEL  
Mme J. LAGRANGE  
Mme J.C FORET  
[GynObsDAN@chicreteil.fr](mailto:GynObsDAN@chicreteil.fr)

**Echographistes référents :**  
Dr Y. LE GUERSON  
Dr T. VERNET  
Dr A. LAMZALAH  
Dr C. ZIRAH

**Secrétariat Génétique :**  
Mme V. VAUX  
Poste 01.45.17.50.39  
[Service.Genetique@chicreteil.fr](mailto:Service.Genetique@chicreteil.fr)  
**Génétiicien :**  
Pr B.FUNALOT, (PHTP)  
Mme C. REMUS -Conseillère en génétique)

**Pédiatres :**  
Dr V.CHAMPION (PHTP)  
Dr L. RATSIMBAZAFY (PHTP)

**Chirurgien pédiatrique:**  
Dr O. JABY (PHTP)  
Poste 8238

**Anatomopathologie :**  
Dr N. TALHI

**Psychologue :**  
A.BARBIER

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT A LA PRESENTATION  
D'UN DOSSIER EN CPDPN**

Je soussignée, **Madame**

**Née le**

sollicite l'avis du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Créteil.

Je consens à la présentation de mon dossier médical en réunion pluridisciplinaire du **lundi à 17h00** autant de fois que cela sera nécessaire.

J'ai été informée de la possibilité qu'un médecin de mon choix participe à la concertation pluridisciplinaire conformément à l'article L.2213-1 du Code de la santé publique.

J'ai été avertie que ce centre conservera, dans des conditions garantissant leur confidentialité conformément à l'article R 2131-19 du Code de la santé publique, un exemplaire des documents médicaux qui lui auront été transmis me concernant et que des demandes de renseignements pourront m'être adressées directement.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement informatisé des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Ces données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'étude de mon dossier. Conformément à la loi Informatique et

Libertés, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix. Je peux à tout moment demander que les données informatisées concernant mon dossier soient rectifiées ou détruites.

Je souhaite être informée de l'avis du CPDPN (L.1121-1) soit directement, soit par l'intermédiaire **du Docteur / Sage-femme \***

A Créteil, le

Signature de la patiente :

- *Rayer la mention inutile*