

**Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal :**

**Accueil, Prise de RDV : 01.57.02.32.33 Infirmières : 01.57.02.32.37/32.38 [GynObsDAN@chicreteil.fr](mailto:GynObsDAN@chicreteil.fr)**

**Secrétariat : 01.57.02.32.34 [Christel.Covemaeker@chicreteil.fr](mailto:Christel.Covemaeker@chicreteil.fr)**

**Télécopie : 01.57.02.31.69**

**Chef de Service**

Pr B. HADDAD

**Praticiens CPDPN :**

Dr V. CASTAIGNE (PHTP coordinatrice)

Dr S.LEVET (PHTP)

Dr A. POP(AS)

Dr A. FETECAU (AS)

**Secrétariat :**

Poste 01.57.02.32.34

Mme C. JOFFRE

[Christel.Joffre@chicreteil.fr](mailto:Christel.Joffre@chicreteil.fr)

**Accueil, Prise de Rendez-vous :**

Poste 01.57.02.32.33

Mme S. DRIEU

[GynObsDAN@chicreteil.fr](mailto:GynObsDAN@chicreteil.fr)

**Infirmières :**

Mme A. GENASSE

Poste 01.57.02.32.38

Mme M. ZIVEREC

Poste 01.57.02.32.37

[GynObsDAN@chicreteil.fr](mailto:GynObsDAN@chicreteil.fr)

**Sages Femmes :**

Mme A. GENTEL

Mme J. DE AZEVEDO

Mme J.C FORET

[GynObsDAN@chicreteil.fr](mailto:GynObsDAN@chicreteil.fr)

**Echographistes référents :**

Dr Y. LE GUERSON

Dr T. VERNET

Dr A. LAMZALAH

**Secrétariat Génétique :**

Mme V. VEAUX

Poste 01.57.02.86.70

[Service.Genetique@chicreteil.fr](mailto:Service.Genetique@chicreteil.fr)

**Généticien :**

Pr B.FUNALOT, (PU)

Dr R. BHOURI (PHTP)

Mme C. REMUS - Conseillère en génétique

Mme F. JOHANNES - Conseillère en génétique

**Pédiatres :**

Dr V.CHAMPION (PHTP)

Dr L. RATSIMBAZAFY (PHTP)

**Chirurgien pédiatrique:**

Dr O. JABY (PHTP)

**Anatomopathologie :**

Dr N. TALHI

**Psychologue :**

Mme D. COHEN

**INFORMATION & CONSENTEMENT DE LA FEMME  
ENCEINTE A LA REALISATION D'UN EXAMEN  
ECHOGRAPHIQUE A VISEE DE DEPISTAGE**

(Document établi selon modèle des documents mentionnés au troisième alinéa de l'Article R. 2131-2 du code de la Santé Publique)

Je soussignée, Madame.....

Née le .....

Atteste avoir reçu du Praticien / Sage-femme :.....  
au cours d'une consultation médicale en date du

.....

Des informations sur l'examen échographique dont je souhaite bénéficier :

- L'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus, ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans le cadre médical ;

- L'image du fœtus et ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut-être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;

- Cet examen et, de manière plus générale, les échographies de surveillance de la grossesse sont réalisées à des périodes précises de la grossesse ;

Cet examen permet notamment :

- De déterminer le plus précisément possible la date de début

de grossesse ;

- D'identifier une grossesse multiple ;
- D'évaluer et de surveiller le développement du fœtus ;
- De dépister des éventuelles malformations de fœtus ;
- De localiser le placenta et d'évaluer la quantité de liquide amniotique ;
- La performance de l'examen peut-être limité par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...) ;
- Les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen ;
- L'absence d'anomalie décelée à l'échographie ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- Une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement ;
- Un nouvel examen échographique pourra m'être proposé

dans certaines situations pour contrôler la croissance du fœtus ou pour vérifier un aspect inhabituel à l'échographie, ce qui ne signifie pas que le fœtus soit atteint d'une affection ; ce nouvel examen pourra être réalisé par le même échographiste ou par un autre auquel je serai, avec accord, adressée ;

---

**Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal :**

**Accueil, Prise de RDV : 01.57.02.32.33 Infirmières : 01.57.02.32.37/32.38 *GynObsDAN@chicreteil.fr***

**Secrétariat : 01.57.02.32.34 *Christel.Covemaeker@chicreteil.fr***

**Télécopie : 01.57.02.31.69**

- Dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) ;
- Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation de l'examen échographique permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin ou la sage-femme qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins et aux sages-femmes qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus représente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de ma grossesse

Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte-rendu de l'examen.

Fait à Créteil, le .....

Signature du Praticien :

Signature de la patiente :