

**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. GENSSE

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)

**Psychologue :**

Mme D. COHEN

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

(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 Docteur :.....  
au cours d'une consultation médicale en date du  
.....

1°) : Des informations relatives :

- Au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- Aux caractéristiques de cette affection ;
- Aux moyens de la diagnostiquer ;
- Aux possibilités de médecines fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né.

2°) : Des informations sur l'examen échographique à visée diagnostique qui m'a été proposé et 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 un cadre.
- L'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut-être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- La performance de cet examen peut-être limitée 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 ;
- Cet examen approfondi m'a été proposé en raison d'un risque accru d'affection pour la grossesse en cours ; il peut être volontairement limité à une partie du fœtus et de ses annexes (visualisation d'une structure précise, surveillance d'un aspect particulier, mesures...)
- Cet examen permettra, dans la grande majorité des cas, soit d'écarter le risque accru, soit de le confirmer ;

---

**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**

- C

et

examen peut également permettre de préciser ce risque accru et de le surveiller ;

- L'absence d'anomalie décelée lors de l'échographie à visée diagnostic ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toutes affections.

- 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 du de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués ;

- D'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;

- A l'issue de l'examen, je recevrai, par le médecin qui a réalisé l'échographie ou par un autre praticien expérimenté en diagnostic prénatal, des informations sur ces résultats et les conséquences en termes de prise en charge avant et, le cas échéant, pendant et après l'accouchement.

Je consens à la réalisation de cet examen échographique à visée diagnostique.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale à visée diagnostic.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies à visée diagnostic.

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 :