

Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal :

Accueil : 01.57.02.32.33 Télécopie : 01.57.02.31.69 **Infirmières** : 01.57.02.32.37/32.38
GynObsDAN@chicreteil.fr **Secrétariat** : 01.57.02.32.34 Télécopie : 01.57.02.31.69

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS 2023

Demande envoyée par :

Le :

Nom :

Etablissement :

Adresse MAIL du demandeur :

Numéro de téléphone du demandeur :

Lieu accouchement :

MOTIF DE LA 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 : 01.57.02.31.69 Infirmières : 01.57.02.32.37/32.38
GynObsDAN@chicreteil.fr Secrétariat : 01.57.02.32.34 Télécopie : 01.57.02.31.69

Gestité :

Parité :

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

Echographie du 1^{er} trimestre : Terme :

LCC :

CN :

- Dépistage de la Trisomie 21 au 1^{er} trimestre : 1/
- PAPP-A : MoM Beta HCG : MoM

- Dépistage de la Trisomie 21 au 2^{ème} 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 :** 01.57.02.31.69 **Infirmières :** 01.57.02.32.37/32.38
GynObsDAN@chicreteil.fr **Secrétariat :** 01.57.02.32.34 **Télécopie :** 01.57.02.31.69

Obstétriciens :

Pr B. HADDAD
Chef de Service

Dr V. CASTAIGNE (PHTP coordinatrice)
Dr S.LEVET (PHTP)
Dr A. POP (AS)
Dr A FETEAU (AS)

Secrétariat :

Poste 01.57.02.32.34
Mme C. JOFFRE-COVEMAERKER
Christel.Covemaeker@chicreteil.fr

Accueil, Prise de Rendez-vous :

Poste 01.57.02.32.33
Mme S. DRIEU
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

Echographistes référents :

Dr Y. LE GUERSON
Dr T. VERNET
Dr A. LAMZALAH
Dr C. ZIRAH

Sages Femmes :

GynObsDAN@chicreteil.fr
Mme A. GENTEL
Mme J. DE AZEVEDO
Mme J.C FORET

Secrétariat Génétique :

Mme V. VEAUX
Poste 01.45.17.50.39
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)

**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**

A Créteil, le

Signature de la patiente :