

Chef de service

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier :

Pr Edouard LECARPENTIER

Secrétariat : 01.57.02.29.81

Fax : 01.57.02.31.79

Coordnatrice Maïeutique :

Madame Stéphanie CRESPIER

Cadre du Service :

Mme Maité DOMINGUES

Praticiens :

Dr Vanina CASTAIGNE –PH Coordonnateur

Dr Solène LEVET – PH

Dr Elsa GOTTARDI - CCA

Dr Remi LOPEZ – Médecin Junior

Prise de rendez-vous :

Aide-soignante :

☎ 01.57.02.32.33

Fax : 01.57.02.31.69

Demande d'avis à envoyer au

gynobsdan@chicreteil.fr

Secrétaire :

Mme Christel JOFFRE

☎ 01.57.02.32.34

Fax : 01.57.02.31.69

christel.joffre@chicreteil.fr

secretariatdpn@chicreteil.fr

secretariatdpn@chicreteil.mssante.fr

Sages-femmes :

Mme Agnès GENTEL

☎ 01.57.02.86.52

agnes.gentel@chicreteil.fr

Mme Jeanne-Caroline FORET

☎ 01.57.02.87.94

jeanne-caroline.foret@chicreteil.fr

Mme Morgane ROUGIE

☎ 01.57.02.87.94

morgane.rougie@chicreteil.fr

Infirmières :

Mme Annabelle GENSSE

☎ 01.57.02.32.38

annabelle.gensse@chicreteil.fr

Mme Morgane ZIVEREC

☎ 01.57.02.32.37

morgane.ziverec@chicreteil.fr

Echographistes référents :

Dr Yann LE GUERSON

Dr Thibaud VERNET

Dr Abdessamad LAMZALAH

IRM fœtale :

Dr Saskia VANDE PERRE

Dr Justine CHANCLUD

Génétique :

Secrétariat :

☎ 01.57.02.86.70

Fax : 01.57.02.32.69

Génétiiciens :

Pr Benoît FUNALOT

Dr Rakia BHOURI

Conseillères en génétique :

Mme Christelle REMUS

Mme Mélanie FERRIEN

Pédiatres :

Dr Valérie CHAMPION

Dr Lanto RATSIMBAZAFY

Chirurgien Pédiatre :

Dr Olivier JABY

Psychologue :

Mme Laurence BESSIERE

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 Crèteil.

- Demande et consent que mon dossier médical soit présenté à la réunion de concertation pluridisciplinaire, et ce, autant de fois que jugée nécessaire par les équipes médicales qui suivent ma grossesse ;
- Avoir été informée de la possibilité d'être reçue et entendue par un ou plusieurs membres de cette équipe ;
- Souhaite être informée des conclusions de la réunion de concertation pluridisciplinaire par l'intermédiaire :

☐ d'un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire.

☐ du médecin qui suit ma grossesse, Dr.....

- Déclare être informée que ce centre conservera, dans les conditions garantissant leur confidentialité à l'article R 2131-19 du code de la santé publique, un exemplaire des documents médicaux qui lui auront été transmis me concernant ainsi que de l'information possible de mon dossier.

Fait à, le

Signature de la patiente :

Le cas échéant, identité de l'une des personnes investies de l'exercice de l'autorité parentale, ou du représentant légal ou tuteur légal :

Nom
Prénom
Date de Naissance

Signature :