

Chef de service

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier :

Pr Edouard LECARPENTIER

Secrétariat : 01.57.02.29.81

Fax : 01.57.02.31.79

Coordinatrice Maïeutique :

Madame Stéphanie CRESPIN

Cadre du Service :

Mme Maité DOMINGUES

Praticiens :

Dr Vanina CASTAIGNE –PH Coordonnateur

Dr Solène LEVET – PH

Dr Elsa GOTARDI - 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 GENNSE

■ 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

Généticiens :

Pr Benoit 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 BESSIÈRE

ATTESTATION DE CONSENTEMENT

A LA PRESENTATION D'UN DOSSIER EN CPDPN

Je soussignée, Madame.....

Née le

solicite l'avis du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Crétel.

- 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 :