

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.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS A RENVoyer PAR MAIL gynobsdan@chicreteil.fr

Date de la demande : Lieu accouchement :

Nom du professionnel référent pour cette grossesse (médecin, sage-femme) :

Nom du médecin traitant :

SAISINE du CPDPN par :

- ☐ La patiente
☐ Le médecin ou sage-femme qui suit la grossesse
☐ Un médecin participant à l'activité du CPDPN

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 :

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

Echographie du 1^{er} trimestre : Terme :

LCC :

CN :

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

Caryotype (si déjà prélevé) :

Échographie :

Terme :

Conclusion :

Chef de service -
Professeur des Universités-Praticien
Hospitalier :
Pr Edouard LECARPENTIER
Secrétariat : 01.57.02.29.82
Fax : 01.57.02.31.79

Coordinatrice Maïeutique :
Madame Stéphanie CRESPIER

Cadre du Service :
Mme Maité DOMINGUES

Praticiens :
Dr Vanina CASTAIGNE - Coordonnateur
Dr Solène LEVET - PH
Dr Elsa GOTTARDI – CCA
Dr COSNARD Laureline - AS
Dr Mathilde NOUAILHETAS – AS

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 : Mme Véronique VEAU
☎ 01.57.02.86.70
Fax : 01.57.02.32.69

Génétiiciens :
Pr Benoît FUNALOT
Dr Rakia BHOURI

Conseillères en génétique :
Mme Faustine JOHANNES
Mme Christelle REMUS

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 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 :