



**Pôle COUPLE ENFANT**

Chef de pôle  
 Pr C. PIOLAT

**SERVICE DE GENETIQUE ET  
 PROCREATION**

Pr J. THEVENON RPPS 10100673788

**CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE  
 DIAGNOSTIC PRENATAL**

Dr F. DEVILLARD RPPS 10002991932  
 Coordinatrice



**Échographie**

Dr M. ALTHUSER RPPS 10002984390  
 Dr T. TOMASELLA RPPS 10002983632  
 Dr D. TOURNADRE RPPS 10003115465  
 Dr A.L. COSTON RPPS 10100399715

**Génétique Médicale**

Dr F. AMBLARD RPPS 10002991098  
 Dr F. DEVILLARD RPPS 10002991932  
 Dr I. MAREY RPPS 10100396661  
 Dr V. SATRE RPPS 10003109971

**Gynécologie Obstétrique**

Dr A.L. COSTON RPPS 10100399715  
 Dr V. EQUY RPPS 10003115804  
 Dr V. GUIGUE RPPS 10100091817  
 Dr J.C. REYNAUD RPPS 10002987542  
 Dr C. THONG VANH RPPS 10002996164

**Pédiatrie Néonatalogie**

Pr T. DEBILLON RPPS 10002525219  
 Dr J. ARATA-BARDET RPPS 10100795623  
 Dr V. BELIN RPPS 10001480952

**Sage-Femme Échographiste**

Conseillère en Génétique  
 C. RAVIER-FOLENS  
 RPPS 10000239987

**Secrétariat CPDPN**

[cpdpn@chu-grenoble.fr](mailto:cpdpn@chu-grenoble.fr)

☎ 04.76.76.73.26 - 04 76 76 72 96

☎ 04.76.76.88.50

**Secrétariat Médecine Fœtale**

[secretariatdan@chu-grenoble.fr](mailto:secretariatdan@chu-grenoble.fr)

☎ 04 76 76 73 21

☎ 04 76 76 73 20

Hôpital Couple Enfant – RDC

**Attestation de gravité en vue d'une interruption médicale de  
 grossesse  
 pour pathologie maternelle**

L'équipe pluridisciplinaire ci-dessous constituée :

Docteur ..... Gynécologue-Obstétricien ou praticien choisi par  
 Madame.....

Docteur ..... Spécialité : ..... (praticien  
 spécialiste de l'affection maternelle)

Ces deux praticiens doivent exercer leur activité dans un établissement de  
 santé.

Docteur..... Gynécologue-Obstétricien du CPDPN (Centre  
 Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal) du CHU Grenoble-Alpes

Mme ou M. .... qualité : ..... exerçant  
 à.....

S'est concertée et a rendu son avis consultatif le .....

Nous soussignés

Docteur.....qualifié en.....exerçant  
 à.....

Docteur .....qualifié en.....exerçant  
 à.....

- Après concertation de l'équipe pluridisciplinaire ci-dessus et après examens  
 médicaux de Madame

- Après avoir reçu la demande d'interruption de sa grossesse au terme de  
 .....SA, au motif que la poursuite de sa grossesse met en péril grave sa  
 santé.

- Après avoir proposé un temps de réflexion d'au moins une semaine (hors  
 urgence).

- Et selon les articles Art. L. 2213-1, L.2213-2, et L. 2213-3 du code de la  
 santé publique

Attestons que la poursuite de sa grossesse met en péril grave la santé de  
 Madame.

Fait à .....le .....

Docteur

Docteur