



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 Échographe

Conseillère en Génétique
C. RAVIER-FOLENS
 RPPS 10000239987

Secrétariat CPDPN

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

☎ 04 76 76 73 21

☎ 04 76 76 73 20

Hôpital Couple Enfant – RDC

Demande d'interruption de grossesse pour motif médical

L'équipe pluridisciplinaire du CPDPN (Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal) du CHU Grenoble-Alpes a diagnostiqué chez mon foetus une anomalie d'une particulière gravité, reconnue comme incurable à ce jour.

J'ai décidé de demander une interruption de ma grossesse.

Au cours d'une consultation spécialement réservée à mon information, le Dr m'a expliqué les différentes options techniques possibles et leurs risques, dans le cas d'une interruption de grossesse.

Il m'a été proposé un délai de réflexion d'au moins une semaine que je suis libre d'accepter ou de refuser.

L'interruption de grossesse sera réalisée à la maternité de.....

Un accompagnement par un(e) psychologue et par un(e) assistante sociale est à ma disposition.

Une consultation de synthèse me sera proposée dans les suites de l'intervention.

Le....., à

Madame

Nom, Prénom..... Date de Naissance

Signature

Demande recueillie par : Dr (Spécialité et lieu d'exercice)

Signature

Cachet du médecin