



## 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  
Coordonnatrice



### 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

## Demande d'interruption de grossesse pour motif maternel

Je soussignée Madame

Née le

Demande l'interruption de ma grossesse au motif que la poursuite de celle-ci met en péril grave ma santé.

J'ai été informée des risques et complications possibles liés aux différentes procédures médicales.

Il m'a été proposé un délai de réflexion d'au moins une semaine.

A..... le .....

*Signature*

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

*Signature*

*cachet du médecin*