



FICHE DE SOUMISSION

ATTENTION : Lorsque les items marqués d'une * ne seront pas remplis, le dossier ne pourra pas être pris en compte.

Coordonnateur : Pr P .S. Jouk
Secrétaire : Mme V Chavance
Secrétaire référente : Mme V David
Département de Génétique et Procréation
CHU- BP 217 - 38043 Grenoble Cedex 9
Tél. : 04 76 76 73 26
Fax : 04 76 76 88 50

⇒ DOCUMENTS A REMETTRE POUR CHAQUE DOSSIER PRESENTE

- * **la fiche de soumission**
- * **le formulaire de consentement signé par la patiente**
- * **le(s) compte-rendu(s) échographique(s) et les clichés *significatifs***
- * **le résultat des marqueurs sériques**

***la qualité des renseignements fournis engage
la responsabilité du praticien qui soumet le dossier***

* **Médecin ou Sage-Femme** soumettant le dossier :

* **Motif de présentation** (ou lettre d'accompagnement):

* **Patiente** : * Nom usuel : * Prénom :
* Nom de jeune fille :
* Date de naissance : * Lieu de naissance :
* Adresse et N° de téléphone :

Conjoint : Nom : Prénom : Date de naissance :

DDR : * **DG** déterminée par la 1^{ère} échographie (si réalisée avant 16 SA) :

Parité (nombre de grossesses préalables à celle-ci et ayant conduit à la naissance d'un ou plusieurs enfant(s) vivant(s) ou mort(s) né(s)) :

Maternité prévue pour l'accouchement :

* **Nom et Adresse de l'Obstétricien Traitant** :

Nom et Adresse du Médecin Traitant de famille :

* Antécédents familiaux :

* Antécédents personnels de la patiente :

* Antécédents obstétricaux :

* Anamnèse :

Sérologies (en cas de **positivité** donner la date des 1^{ères} sérologies positives et en cas de **négativité**, donner la date des dernières sérologies négatives) :

* BW :

* Vaccination antirubéolique (si oui date) :

* HIV :

* Rubéole :

* Toxo :

* HbS :

Dépistage de la trisomie 21 : (Merci de nous communiquer le résultat écrit)

Mesure de la CN :

Mesure de la LCC :

Opérateur :

Valeur du risque combiné du 1er trimestre (RC1) :

Ou du risque séquentiel intégré du 2ème trimestre (RSI) :

Ou des marqueurs sériques du 2ème trimestre seuls (MSM) :

* Date

* Nom et Signature du Médecin ou de la Sage Femme

* Cachet du Médecin ou du Service

soumettant le dossier

CONSENTEMENT DE CONSULTATION AUPRES DU CPDPN ET DE TRANSMISSION DU DOSSIER MEDICAL

(agrée conformément à l'article L.2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée,, accepte que le Dr, ou Madame/Monsieur.....Sage-Femme, par délégation de son Chef de Clinique ou Département, soumette et transmette mon dossier au Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du CHU de Grenoble pour avis. 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 qui lui auront été transmis me concernant.

Je consens / je ne consens pas (1) 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. L'avis du CPDPN me sera remis dans le cadre d'une consultation par mon médecin traitant ou le praticien assurant la surveillance de ma grossesse. Si je le souhaite je pourrai aussi rencontrer lors d'une consultation un des médecins du CPDPN ayant participé à la réunion pluridisciplinaire.

A :

Le :

Signature :

(1) Rayer la mention inutile