



FICHE DE SOUMISSION CPDPN

Coordonnatrice : Dr Virginie GUIGUE

Hôpital Couple Enfant

Tél. : 04 76 76 72 96 / 04 76 76 73 26

Fax : 04 76 76 86 92

CPDPN@chu-grenoble.fr

DOCUMENTS A REMETTRE POUR CHAQUE DOSSIER PRESENTE



Lors de la 1^{ère} présentation :

- Fournir **IMPERATIVEMENT** une copie d'une pièce d'identité de la patiente avec coordonnées valides (dans le cas contraire impossibilité d'enregistrer le dossier)
- Fiche de soumission
- Formulaire de consentement signé par la patiente
- Compte-rendu(s) échographique(s) et les clichés significatifs
- Résultat des marqueurs sériques

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

Patiente : (*) : Données indispensables

Nom usuel (*) :

Prénom (*) :

Nom de jeune fille (*) :

Date de naissance (*) :

Lieu de naissance (*) :

Adresse (*) :

N° de téléphone :

Conjoint :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin ou Sage-Femme soumettant le dossier :

Motif de présentation (ou lettre d'accompagnement):

Correspondants (pour transmission du compte rendu) :

DDR : **DG:** Déterminé 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 :

Antécédents familiaux :

Antécédents personnels de la patiente :

Antécédents obstétricaux :

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

Mesure de la CN :

Mesure de la LCC :

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

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

Date

Nom et Signature du Médecin ou Sage-Femme 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.

(1) Rayer la mention inutile

A le Signature