



**CLINIQUE D'OBSTETRIQUE**

**COORDONNATEUR DU CENTRE  
PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC  
PRENATAL**

**Dr. P. VAAST**

**Sage-Femme Coordonnatrice**

Madame B. RATACZYK  
coordcpdnpn@chru-lille.fr

**Secrétariat**

**Mme DUPONT  
Mme SERGEANT**

☎ 03 20 44 48 06

📠 03 20 44 64 28

E-Mail :cpdnpn@chru-lille.fr

**Obstétrique**

Dr C. COULON  
Dr S. HANSSENS  
Pr V. HOUFFLIN-DEBARGE  
Pr C. GARABEDIAN  
Pr D. SUBTIL  
Dr P. VAAST

**Echographie**

Dr C. COULON  
Dr T. FOURQUET  
Dr S. HANSSENS  
Pr V. HOUFFLIN-DEBARGE  
Pr D. SUBTIL  
Dr P. VAAST  
Dr P. VERPILLAT

**Génétique Médicale**

Dr O. BOUTE  
Dr A. COESLIER-DIEUX  
Dr J. GHOUMID  
Pr S. MANOUVRIER  
Dr F. PETIT  
Dr C. VANLERBERGUE

**Cytogénétique et Génétique Moléculaire**

Dr E. BOUTRY  
Dr S. BOUQUILLON  
Dr T. SMOL

**Conseiller en génétique**

Mme C. CARRE  
Mr A. WYREBSKI

**Foeto-pathologie**

Dr L. DEVISME  
Dr H. FRANQUET  
Dr M. STICHELBOU

**Pédiatrie - Néonatalogie**

Dr M.H DEPOORTERE  
Dr S. JORIOT  
Dr T. RAKZA  
Dr D. THOMAS  
Dr C. VRAMOU  
Dr N. WESLINCK

**Chirurgie Pédiatrique**

Pr R. BESSON  
Dr R. SFEIR

**Psychologue**

Mme C. BRZYCHCY  
Mme K. SAINT DENNY

**Unité de Cardiologie et  
d'échocardiographie fœtale**

Dr N. ABOU ASSI  
Dr T. RAKZA  
Tél : 03.20.44.62.02

Je soussignée,

Madame.....née

le.....

atteste avoir pris connaissance des conclusions des médecins concernant l'état de santé de l'enfant dont je suis enceinte et avoir été informée qu' il existait une haute probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Dans ces conditions, conformément à l'article R2131-18 du Code de la Santé Publique, je demande la réalisation d'une interruption de grossesse d'indication médicale. J'ai été informé de la nature de l'intervention envisagée, de ses risques et complications potentiels et donne mon consentement éclairé.

Conformément à l'article L2213-1 du code de Santé Publique, il m'a été proposé hors urgence médicale un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre ou de poursuivre ma grossesse.

J'ai souhaité bénéficier de ce délai de réflexion

Je n'ai pas souhaité bénéficier de ce délai de réflexion

Consentement recueilli par le Dr .....

A ....., le .....

Signature