



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

POLE FEMME, MERE ET NOUVEAU NE
Hôpital Jeanne de Flandre

CHEF DE POLE : Pr D. SUBTIL

**CLINIQUE D'OBSTÉTRIQUE
CHEF DE PÔLE ADJOINT
Pr V. DEBARGE**

**COORDONNATEUR DU CENTRE
PLURIDISCIPLINAIRE
DE DIAGNOSTIC PRENATAL
Dr. P. VAAST**

Sage-femme Coordonnatrice

Madame B RATAJCZYK

Secrétariat :

Mme DUPONT – Mme SERGEANT

☎ 03 20 44 48 06

☎ 03 20 44 64 28

E-mail : cpdpnlille@chru-lille.fr

Obstétrique

Dr C.COULON

Dr S.HANSENS

Pr V. HOUFFLIN-DEBARGE

Pr C. GARABEDIAN

Pr D. SUBTIL

Dr P.VAAST

Echographie

Dr C. COULON

Dr T. FOURQUET

Dr. S. HANSENS

Pr V. HOUFFLIN-DEBARGE

Pr D.SUBTIL

Dr P. VAAST

Dr P. VERPILLAT

Pédiatrie - Néonatalogie

Dr MH. DEPOORTERE

Dr. S. JORIOT

Dr. T. RAKZA

Dr D. THOMAS

Dr C. VAMOUR

Dr N. WESLINCK

Génétique Clinique

Dr O. BOUTE

Dr A. COESLIER-DIEUX

Dr. J. GHOUIMID

Pr S. MANOUVRIER

Dr. F. PETIT

Dr C. VANLERBERGUE

Cytogénétique et Génétique Moléculaire

Dr E. BOUDRY

Dr S. BOUQUILLON

Dr T. SMOL

Conseillère en génétique

Mme C. CARRE

M A. WYREBSKI

Foeto-pathologie

Dr L. DEVISME

Dr H. FRANQUET

Dr M. STICHELBOU

Psychologue

Mme C. BRZYCHCY

Mme K. SAINT DENNY

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

Dr N. ABOU ASSI

Dr T. RAKZA

☎ 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