

# Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

COORDONNATEUR : Pr V.DEBARGE

Sage-Femme Coordinatrice : Madame C. THOMAS

Secrétariat : Tél : 03 20 44 48 06

Fax : 03 20 44 64 28



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille

[cpdpnlille@chru-lille.fr](mailto:cpdpnlille@chru-lille.fr)

Demande avis sur [omnidoc.fr/chu-lille](http://omnidoc.fr/chu-lille)

## Demande d'avis de diagnostic anténatal

Date de la demande :

Age gestationnel :

Maternité prévue pour l'accouchement :

DDG (déterminée par la 1ère Echo ou AMP) :

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Etiquette :</b>
<b>Née le :</b>	<b>Age :</b>	
<b>Adresse :</b>		
<b>Tél. domicile :</b>	<b>Portable :</b>	
<b>NOM du Père :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Né le :</b>

Médecin demandeur :

LIEU D'ACCOUCHEMENT PREVU :

MOTIF DE DEMANDE :  antécédent grossesse précédente  Signes échographiques  
 pathologie malformative  génétique

ATCD notables : (si ATCD génétiques, merci de préciser Nom, Prénom, DDN des personnes concernées et Nom du généticien référent)

<b>Personnels et familiaux :</b>	
<b>Obstétricaux :</b>	
<b>G :</b> <b>P :</b>	

Echographie T1 :	- RCT1 :	- RIT2	T2 seuls	- Taille :
- CN =				- Poids (avant G) :
- LCC =	- PaPP-A :	- AFP :	- AFP :	- IMC :
- Herman =	- HCG :	- HCG :	- HCG :	
<b>Principales données échographique :</b>				
<b>Investigations déjà effectuées (type, date, résultats)</b>				

Visée par :

le :

Délai d'échographie :