

Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

COORDONNATEUR : Pr V. DEBARGE

Sage-Femme Coordonnatrice : Madame C. THOMAS

Secrétariat : ☎ 03 20 44 48 06

📠 03 20 44 64 28

cpdpnlille@chu-lille.fr

cpdpn@chu-lille.mssante.fr



Fiche de Saisine

Documents à remettre obligatoirement PAR MAIL pour chaque dossier présenté :

- Fiche de saisine complétée
- Formulaire de consentement signé par la patiente
- Compte rendus échographiques et clichés significatifs.
- Résultats des marqueurs sériques

Date : _____ Etablissement de prise en charge Département : _____

Centre Hospitalier / Clinique de Niveau

Nom du professionnel référent pour cette grossesse (médecin, sage-femme) :

Nom du médecin traitant :

Saisine du CPDPN par :

- ☐ La patiente
- ☐ Le médecin qui suit la patiente
- ☐ Un médecin participant à l'activité du CPDPN

Dossier présenté par :

Motif de la demande :

(il est indispensable de nous envoyer une copie de tous les résultats et comptes-rendus)

Nom :

Nom d'épouse :

Prénom :

Née le :

Age :

Taille et poids :

Adresse :

Tél. domicile :

Portable :

ATCD médicaux et chirurgicaux :

ATCD obstétricaux :

ATCD familiaux :

Traitement :

Nom du conjoint :

Prénom :

Né le :

ATCD médicaux et chirurgicaux :

ATCD familiaux :

Lien de parenté : ☐ OUI / ☐ NON

Grossesse actuelle : G _____ P _____

Obtenu par Assistance Médicale à la Procréation : ☐ OUI / ☐ NON

Date de début de grossesse échographique :

Jumeau évanescent : ☐ OUI / ☐ NON

Date échographie 1^{er} trimestre :

Non réalisée (précisez motif) :

Dépistage T21 :

Embryon 1 : Longueur crânio-caudale (mm)

Mesure de la clarté nucale (mm) :

Sexe : ☐ Fille / ☐ Garçon / ☐ Ne souhaite pas savoir

Embryon 2 : Longueur crânio-caudale (mm)

Mesure de la clarté nucale (mm) :

Sexe : ☐ Fille / ☐ Garçon / ☐ Ne souhaite pas savoir