



Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Nice  
HOPITAL DE L'ARCHET 2  
Tél : 04.92.03.59.48 Fax : 04.92.03.59.49  
Email : [cpdp@chu-nice.fr](mailto:cpdp@chu-nice.fr)



## Dossier à adresser au CPDPN de Nice pour toute demande d'avis consultatif

**Important :** merci de joindre tous les comptes rendus des examens concernant la grossesse ainsi que les clichés d'imagerie fœtale, et le(s) consentement(s) de la patiente (du couple).

Demande pour :  Avis conduite à tenir  
 Interruption médicale de la grossesse

### MOTIF :

Demande formulée par le DOCTEUR.....

Adresse :

Téléphone :

Fax :

### PATIENTE :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone(s) :

### CONJOINT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone(s) :

### ANTECEDENTS

Antécédents familiaux notables  
(préciser la branche familiale concernée) :

Antécédents personnels notables:

Lien de parenté du couple : oui non

**ANTECEDENTS CONCEPTIONNELS:**

G P

Antécédent(s) conceptionnels (fausse(s) couche(s), MFIU, enfants nés en bonne santé ?...):

**GROSSESSE ACTUELLE :**

Mode de procréation :

DDR :

Sexe fœtal (si déterminé) :

DDG (échographique) :

Echographie du 1<sup>er</sup> trimestre, terme SA+ j Docteur..... :

clarté nucale : LCC :

commentaire(s) :

Dépistage (combiné) du risque de trisomie 21 fœtale: 1/.....

1<sup>er</sup> trimestre (terme) : PAPP-A : MoM      βHCG : MoM      CN : MoM

2<sup>e</sup> trimestre (terme) : AFP : MoM      HCG : MoM      CN : MoM

Echographie du 2<sup>e</sup> trimestre, terme SA+ j, Docteur..... :

commentaire(s) :

Echographie du 3<sup>e</sup> trimestre, terme SA+ j, Docteur..... :

commentaire(s) :

Echographie(s) de 2<sup>e</sup> intention (de référence), terme SA+ j, Docteur..... :

commentaire(s) :

Autre(s) imagerie(s) fœtale(s) (préciser le type et les résultats) :

Analyses génétiques (type de prélèvement en vu d'un diagnostic prénatal et terme de réalisation, résultats) :