



**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)



**DEMANDE ET CONSENTEMENT**  
**POUR UNE INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE POUR**  
**MOTIF FOETAL**

*(Conformément aux obligations légales : Art R 2131-18 du CSP)*

Je soussignée Madame (Nom d'épouse).....,

née (Nom de Jeune Fille)....., le.....,

certifie demander une interruption médicale de grossesse suite :

- aux conclusions du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Nice relatives à « la forte probabilité que mon enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable à ce jour »
- au délai de réflexion d'au moins une semaine qui m'a été proposé.

Au cours de la consultation, le Docteur.....m'a informé :

- des différentes techniques possibles pour l'interruption de ma grossesse, selon son terme, ainsi que leurs risques ;
- de l'intérêt et des limites de l'autopsie à visée diagnostique qui pourra être proposée.

Fait à ....., le .../.../20....

**Signature du Médecin :**

**Signature de la Patiente / du Couple :**