



**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



**DEMANDE ET CONSENTEMENT
POUR PRESENTATION DU DOSSIER EN REUNION PLURIDISCIPLINAIRE**

(Conformément aux obligations légales : Art R 2131-16 du CSP)

Je soussignée, Madame (Nom d'épouse).....
née (Nom de Jeune Fille)....., née le.....
sollicite l'avis du CPDPN* de Nice, par l'intermédiaire du Docteur.....

Je consens :

- à la présentation de mon dossier médical en réunion pluridisciplinaire autant de fois que cela est nécessaire pour avis consultatif.
- au recueil et la conservation par le CPDPN* de Nice de la totalité des éléments de mon dossier nécessaires à la délibération de l'avis, qui seront informatisés le cas échéant (conformément à l'article R 2131-19 du CSP et aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004).

J'ai été informée que :

- les conclusions me seront transmises par l'intermédiaire du Dr..... ou d'un Médecin qui a présenté mon dossier (sous réserve que ses coordonnées soient transmises au CPDPN de Nice).
- je peux, par l'intermédiaire du médecin mentionné ci-dessus exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent et demander à ce qu'elles soient rectifiées ou détruites lorsqu'elles sont informatisées

Fait à, le .../.../20.....

Signature du Médecin :

Signature de la Patiente / du Couple :

*CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal