

**MEMBRES DU CENTRE  
PLURIDISCIPLINAIRE :**

**COORDONNATEUR**

Pr Norbert WINER

**GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE :**

Pr Norbert WINER

Dr Yolande CAROIT CAMBAZARD

Dr Julie ESBELIN

Dr Vincent DOCHEZ

**ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE :**

Dr Claudine LE VAILLANT

Dr Anne PAUMIER

Dr Thomas LEFRANCOIS

**PEDIATRIE NEONATALE :**

Dr Cécile BOSCHER

Dr Audrey BOUVAGNET

Dr Anne FRONDAS

Dr Bénédicte ROMEFORT

Dr Camille THEVENIAUT

**GENETIQUE CLINIQUE :**

Dr Bertrand ISIDOR

Dr Mathilde NIZON

Dr Sébastien SCHMITT

Dr Marie VINCENT

**AUTRES REFERENTS CLINIQUES**

**PERMANENTS :**

**CHIRURGIE INFANTILE :**

Pr Marc-David LECLAIR

Pr Pierre CORRE

Dr Stephan DE NAPOLI COCCI

Dr Emmanuelle MAYRARGUE

Dr Audrey GUINOT

**NEPHROPEDIATRIE :**

Dr Gwenaëlle KESLER ROUSSEY

Dr Emma ALLAIN LAUNAY

Dr Alexandra BRUEL

**FOETOPATHOLOGIE**

Dr Madeleine JOUBERT

Dr Marie DENIS MUSQUER

**PSYCHOLOGUE**

Me Sophie ROLLAND

**CONSEILLER EN GENETIQUE**

Me Laura GUYON

Me Alice YVARD

**SECRÉTARIAT :**

CHU de NANTES – HME

38, Boulevard Jean MONNET

44093 NANTES Cedex 01

TEL : 02 40 08 79 35

FAX : 02 40 08 79 34

E-mail : [bp-cpdpn@chu-nantes.fr](mailto:bp-cpdpn@chu-nantes.fr)

E-mail sécurisé : [bp-cpdpn@chu-nantes.mssante.fr](mailto:bp-cpdpn@chu-nantes.mssante.fr)

Nantes, le

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT  
A LA PRESENTATION D'UN DOSSIER AU CPDPN**

Référence : **NW**

Je soussignée, Madame ..... née le.....

Tel :

Nom du conjoint : .....

Déclare avoir discuté de ma grossesse avec le Docteur .....

et accepte que mon dossier soit présenté au staff multidisciplinaire du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes puis autant de fois que jugé nécessaire par les équipes médicales qui suivent ma grossesse.

J'ai été informée de la possibilité qu'un médecin de mon choix participe à la concertation pluridisciplinaire conformément à l'article L.2213-1 du Code de la santé publique.

J'ai été avertie que ce centre conservera, dans des conditions garantissant leur confidentialité, conformément à l'article R 2131-19 du code de la santé publique, un exemplaire des documents médicaux qui lui auront été transmis me concernant et que des demandes de renseignements pourront m'être adressées directement.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement informatisé des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Ces données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'étude de mon dossier.

J'accepte que mes données soient utilisées, sous forme anonymisée, pour l'évaluation et la recherche selon la réglementation en vigueur.

Oui

Non

Conformément à la loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix. Je peux à tout moment demander que les données informatisées concernant mon dossier soient rectifiées ou détruites.

Je souhaite être informée de l'avis du CPDPN (L.1121-1) soit directement, soit par l'intermédiaire du Docteur.....

Le..... à .....

**Signature de la patiente**

Etablissement de prise en charge :

Département : ..... CH / Clinique de : ..... Niveau : I II III

Nom du praticien ou de la sage-femme : .....

Le médecin demandeur :

Informera la patiente dans le cadre d'une consultation personnalisée.

Sollicitera le CPDPN pour informer directement la patiente lors d'une consultation personnalisée.