



CENTRE HOSPITALIER DE PONTOISE

**Centre Pluridisciplinaire
de Diagnostic Prénatal**

LEONARD DE VINCI

Site de Pontoise

6 Avenue de l'Île de France
CS 90079 Pontoise
95303 CERGY-PONTOISE Cedex

N° FINESS juridique : 950110080
N° FINESS établissement : 950000364

Cheffe de Service :
Dr Sadia BOUBA

Médecins DAN :
Dr Cergika VELUPPILLAI
Dr Daniela BUZAS
Dr Pétra GABOR
Dr Eric HERY
Dr Marie-Anne JOLY

Médecins généticiens :
Dr Rania BEN MEFTTEH
Dr Pascale KLEINFINGER

Conseillère en génétique :
Mme Milena DIDIER-DEFRASNE

Echographie cardio-pédiatrique :
Dr Suzi MANSOUR

Sages-femmes DAN :
Mme Hélène DEVLAMYNCK
Mme Fabienne FORESTIER
Mme Emmanuelle HOUOT
Mme Frédérique MOREAU

Secrétariat DAN
01.30.75.48.27

Secrétariat GHR
01.30.75.48.02

Cadre de Santé
Mme Julienne FOURNIER
01.30.75.53.33

Inscriptions Maternité
01.30.75.50.21

Urgences gynéco-obstétriques
01.30.75.48.71

Bureau des Rendez-vous
01.30.75.53.54

Demande d'avis au Diagnostic Anténatal de l'Hôpital NOVO

Madame, Cher confrère,

Vous souhaitez obtenir un avis du Diagnostic Anténatal du service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital NOVO, site de Pontoise.

Dans ce cas, merci de compléter la demande ci-dessous et de nous l'adresser sur l'adresse mail sécurisée suivante : diagnostic.prenatal@ght-novo.fr .

L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du diagnostic anténatal s'engage à vous répondre dans les plus brefs délais.

Si vous êtes professionnel de santé, nous vous invitons fortement à nous faire parvenir votre demande via une adresse mail sécurisée afin de respecter la réglementation RGPD.

Si vous êtes patiente, vous pouvez nous adresser votre demande via votre adresse mail personnelle.

En cas de difficultés, vous pouvez contacter le secrétariat du diagnostic prénatal au 01.30.75.48.27, les sages-femmes au 01.30.75.49.38 ou nous envoyer un mail à l'adresse suivante : diagnostic.prenatal@ght-novo.fr .

L'équipe du diagnostic anténatal
de l'Hôpital NOVO, site de Pontoise

Demande d'avis au Diagnostic Anténatal de l'Hôpital NOVO

Prise en charge actuelle :

Etablissement de soin :
Niveau : I II III
Professionnel libéral :
Département :
Nom du praticien ou de la sage-femme demandeur :
Nom du médecin traitant :

Je soussignée :

Nom d'épouse :
Nom de jeune fille :
Prénom : Date de naissance :
Nom du conjoint :
Téléphone :
Mail :
Adresse :
Code postal : Ville :

Je sollicite le Diagnostic anténatal de l'Hôpital de Pontoise pour un avis complémentaire.

Accepte que mes informations médicales soient transférées au Diagnostic anténatal de l'Hôpital NOVO par (nom du professionnel) pour une demande d'avis. Je serai informée de l'avis reçu par l'intermédiaire du professionnel de santé qui suit ma grossesse.

Fait le : Signature :

Si la demande est faite par un professionnel de santé, ce dernier s'engage à informer la patiente de la demande d'avis au DAN de l'Hôpital NOVO dans le cadre d'une consultation personnalisée et à recueillir son consentement.

Informations complémentaires :

Antécédents médicaux :
Traitements actuels :
Poids : Taille :
Tabac : Oui Non Alcool : Oui Non
Antécédents médicaux du procréateur :
Antécédents familiaux :
Consanguinité : Oui Non
Nombre de grossesses : Nombre d'enfants : Poids des enfants à la naissance :

Grossesse actuelle :

DDG : Terme prévu pour le :
Grossesse : Unique Multiple Issue d'une PMA : Oui Non
CN : Pour une LCC de :
Risque des marqueurs de Trisomie 21 = 1/.....
PAPP-A= Mom HCG = Mom
AFP = Mom CN = Mom

Si vous ne savez pas répondre aux informations ci-dessus, merci de joindre à votre demande votre échographie du 1^{er} trimestre ainsi que les résultats de vos examens sanguins.

Commentaires :