



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](mailto: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](mailto: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<sup>er</sup> trimestre ainsi que les résultats de vos examens sanguins.*

### **Commentaires :**