

**Demande d'avis ou de prise en charge au sein du
CPDPN de l'hôpital Poissy Saint-Germain**

Madame, Monsieur,

Afin de pouvoir honorer la prise de RDV pour votre patiente, nous vous prions de bien vouloir remplir cette fiche et vous assurer que l'ensemble des éléments de la checklist nous sont transmis par retour d'email à secdan.CHIPS@ght-yvelinesnord.fr. Merci également de bien veiller à nous transmettre les documents au format PDF.

Date de la demande :

Médecin ou Sage-Femme demandeur :

Pathologie :

Date de début de grossesse :

Lieu d'accouchement prévu :

Coordonnées de la patiente

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

RDV souhaité(s)

Consultation de diagnostic prénatal (avis, prélèvements...)

Consultation de génétique (avis, prélèvements...)

Echographie de référence

Echocardiographie fœtale CHIPS :

Checklist des documents à transmettre lors de la prise de RDV

Merci de nous transmettre les documents demandés ci-dessous au format PDF accompagnés de la checklist dûment complétée.

- | | Documents transmis (merci de cocher) |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| - Demande d'avis complétée | <input type="checkbox"/> |
| - Echographies de suivi | <input type="checkbox"/> |
| - Résultats du dépistage par marqueurs sériques (si réalisé) | <input type="checkbox"/> |
| - Résultats d'amniocentèse/biopsie de trophoblaste (si réalisé) | <input type="checkbox"/> |
| - Sérologies | <input type="checkbox"/> |
| - Carte de groupe sanguin | <input type="checkbox"/> |

Merci également de confirmer que votre patiente a été informée de votre démarche d'adressage pour avis dans l'unité du DAN de POISSY :

Patiente informée (cocher la case)