



**Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal**  
 Pole Femme-Enfant du CHRU de Nîmes  
 Coordonnateur Dr Eve Mousty

Place du Pr Robert Debré, 30029 Nîmes Cedex 9  
 Secrétariat : 04.66.68.43.67 Fax : 04.34.03.46.06 Tel Urgences : 04 66 68 32 15  
 Sages-Femmes : 06 04 76 86 88  
 Mail : [centre.dpn@chu-nimes.mssante.fr](mailto:centre.dpn@chu-nimes.mssante.fr), [centre.dpn@chu-nimes.fr](mailto:centre.dpn@chu-nimes.fr)



**Fiche d'informations à remplir par le demandeur  
 pour présentation d'un dossier au staff de CPDPN**

**SAISINE du CPDN:** le ..... /..... / 20...

Par :  La patiente

La patiente avec l'aide de la sage-femme suivant sa grossesse : Nom .....Tel ou mail : .....

Le médecin qui suit la grossesse : Dr ..... Tel ou mail : .....

Un médecin participant à l'activité du CPDPN

**Coordonnées du praticien (SF ou Médecin)** suivant la grossesse : Téléphone : .....

Mail : .....

Adresse : .....

**Etablissement de prise en charge de la grossesse :** Centre Hospitalier / Clinique de.....

Niveau  1,  2 ou  3

**Patiente, Conjoint et Grossesse actuelle**

**Patiente :** NOM .....PRÉNOM .....

Date de naissance : .....TELEPHONE : .....

Adresse : ..... Code Postal et Ville : .....

Adresse Mail : .....@.....

Taille : ..... (cm) Poids : ..... (kg), Périmètre Crânien si besoin : .....

ATCD médicaux et Chirurgicaux : .....

Traitements : ..... Tabac :  Oui  Non .....

ATCD Familiaux : .....Consanguinité :  Oui  Non

ATCD obstétricaux : G ..... P .....

Année	Evolution de la Grossesse (AVB, César, IMG, FCS, FCT, GEU, MFU..)	Terme	Sexe	Poids (en g)	Devenir enfant (vivant, mort néonatale..)	Particularité à notifier

**Co Parent :** NOM .....PRÉNOM .....

Date de naissance : .....TELEPHONE : .....

Taille : ..... (cm) Poids : ..... (kg), Périmètre Crânien si besoin : .....

ATCD médicaux et Chirurgicaux : .....

ATCD Familiaux : .....

**Grossesse ACTUELLE :** Date de début de grossesse : ..... /..... / 20...

Unique  / Multiple  Jumeau évanescent :  Oui  Non

Issue de PMA : Oui  ; Si oui, Type ..... Don Ovocyte :  oui ; Si oui : Age de la donneuse : .....ans

**Motif de la demande de présentation au staff de CPDPN :**

**Il est indispensable de nous fournir, joint à cette fiche d'information une copie de :**

- Compte rendu et les images de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre
- Dépistage de la Trisomie 21 (marqueurs sériques, +/- DPNI)
- Compte rendu et images des échographies ultérieures pertinentes pour l'examen du dossier
- Résultats biologiques et génétiques pertinents pour l'examen du dossier

**Sans ces informations, le dossier ne pourra pas être présenté en staff de CPDPN.**

EDPN032A – 19.12.2025 – Validation par : Dr E MOUSTY