Centre Hospitalier de Lens

# CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL DE LENS-ARTOIS

GHT de l'Artois

## FICHE DE DEMANDE D'AVIS OU DE RDV CPDPN DE LENS

**Identité Patiente :**
NjF : Prénom :
N marital : DDN : / /
Tel :
Adresse :

**Médecin traitant :**

**Identité du conjoint :**
Nom : Prénom :
DDN : / / Tel :

**Date de la demande :**

**Age gestationnel :**

**Etiquette :**

**Médecin Demandeur :**
Tel :
Maternité d'accouchement :

**Motif de demande :**

- ATCD grossesse précédente
- Pathologie malformative
- Signes échographiques
- Génétique
- Autres

**ATCD obstétricaux :** G P DDR / / DDG / /

**ATCD notables :**

| **Echo T1 :** | **MS HT 21 1er T :** | **MS HT 21 2ème T :** | **ADN fœtal libre circulant :** |
|---|---|---|---|
| LCC | 1/ | 1/ | |
| NC | PAPP A | APF | |
| Herman /9 | HCG | HCG | |

**Observations / Données échographiques :**

| **CAT :** Espace Réservé CPDPN | | | **Délai ou date :** |
|---|---|---|---|
| | Suivi sage-femme échographiste | | |
| | Suivi médecin échographiste | | |
| | Echographie de référence | | |

Dossier visé le / / par