



Consentement de la patiente pour une demande d'avis auprès du Diagnostic AntéNatal

Tel : 04 73 75 01 56

Messagerie sécurisée : avis.dan@chu-clermontferrand.aura.mssante.fr

- La télémédecine (télédiagnostic-téléconsultation-télé-expertise) est parfaitement reconnue par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Les droits fondamentaux du patient doivent être respectés : droit à l'information et recueil explicite de son consentement (loi du 4 mars 2002), droit à la qualité des soins, droit au secret et à la confidentialité (loi du 6 janvier 1978). Traçabilité et archivage doivent être réalisés chez le médecin expert et le médecin demandeur.

ECRIRE LISIBLEMENT

DEMANDE D'AVIS AUPRES DU DIAGNOSTIC ANTENATAL

Je soussignée →

Nom d'épouse :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Née le :

Déclare avoir discuté de ma grossesse avec le Dr/SF.....

Déclare être informée de l'informatisation de mon dossier.

Accepte que mon dossier médical soit discuté avec un médecin du DAN pour avis

Date et Signature: