



Consentement de la patiente pour une demande d'avis auprès du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

Tel : 04 73 75 01 56 Fax : 04 73 75 01 77

Messagerie sécurisée : rdvdan.staffcpdpn@chu-clermontferand.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 DE PRESENTATION

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 présenté au staff multidisciplinaire du : /... / ... puis
autant de fois nécessaire au cours de ma grossesse

Ai connaissance que je recevrai un compte-rendu de l'avis du staff par l'intermédiaire de mon
médecin (Dr.....)

Date et Signature: