



Centre de Diagnostic Prénatal du CHU de Montpellier

Coordinateur Pr Florent FUCHS

Secrétariat : Mme Pujol 04.67.33.64.87 – Mme Toïtot 04.67.33.09.80

Fax : 04.67.33.64.89

Mail : centre-diag-prenat@chu-montpellier.mssante.fr

Formulaire de consentement à la présentation d'un dossier en CPDPN et à la conservation des documents par le centre

Je soussignée, Mme

née le/...../.....

sollicite l'avis du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de Montpellier

Je consens à la présentation de mon dossier médical en réunion pluridisciplinaire autant de fois que cela sera nécessaire.

J'ai été avertie que ce centre conservera, dans des conditions garantissant leur confidentialité conformément à l'article R 2131-19 du code de la santé publique, un exemplaire des documents médicaux qui lui auront été transmis me concernant et que des demandes de renseignements pourront m'être adressées directement.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement informatisé des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. Ces données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'en autorise la consultation qu'aux personnes qui collaborent à l'étude de mon dossier. Conformément à la loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix. Je peux à tout moment demander que les données informatisées concernant mon dossier soient rectifiées ou détruites.

Je souhaite être informée de l'avis du CPDPN (L.1121-1) soit directement, soit par l'intermédiaire du Docteur.....

Le/...../..... à

Signature de la patiente