

**Pôle de Biologie**  
Professeur J.M. Lessinger

**DPI**  
Diagnostic Préimplantatoire

**UF 9327**  
Responsable  
Dr C. Moutou

**Cadre de santé**  
Mme A. André

Praticiens  
Dr C. Moutou, MCU-PH agréée  
Dr Ph. Gosset, PH agréé  
Dr J. Lauer Zillhardt, PH

Ingénieur  
Dr E. Kieffer

Conseillère en génétique  
Mme J. Roos

Psychologues  
Mme I. Galland  
Mme P. Mignot

Secrétariat DPI  
Permanence téléphonique  
de 10h à 12h et de 14h à 16h  
Mmes L. Mosser et E. Schaaf  
Tel 03 69 55 34 21  
Fax 03 69 55 34 22  
DPI@chru-strasbourg.fr

Adresses :

✉ **pour les courriers  
uniquement :**  
Diagnostic Préimplantatoire  
HUS - site CMCO  
1 place de l'Hôpital  
BP 426  
67091 STRASBOURG CEDEX

**pour envoi de prélèvements  
et consultations :**  
Diagnostic Préimplantatoire  
CMCO  
19 rue Louis Pasteur  
67303 SCHILTIGHEIM CEDEX

<http://www.chru-strasbourg.fr>  
↳ Liste des services  
↳ Diagnostic Préimplantatoire



## Consentement à la demande d'un échantillon d'ADN et à l'examen des caractéristiques génétiques en vue de la réalisation d'un Diagnostic Préimplantatoire

Je soussigné :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

NOM D'USAGE :

Né le :

autorise l'Unité de Diagnostic Préimplantatoire du CHRU de Strasbourg à demander un échantillon de mon ADN actuellement détenu par le laboratoire : si non connu, nous contacterons le généticien en charge de votre dossier, merci de nous indiquer son nom et lieu d'exercice :

afin de permettre la mise au point et la réalisation d'un Diagnostic Préimplantatoire spécifique à la pathologie qui concerne ma famille.

J'autorise, en outre, l'Unité de Diagnostic Préimplantatoire du CHRU de Strasbourg à utiliser (de façon anonyme) ces prélèvements et/ou les résultats d'analyse pour communication scientifique. OUI  NON

Fait à :

le :

Signature :