

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 pour notre famille

Nous soussignés :

MADAME : NOM : _____ PRENOM : _____

NOM DE NAISSANCE :

Née le :

MONSIEUR : NOM : _____ PRENOM : _____

Né le :

autorisons l'Unité de Diagnostic Préimplantatoire du CHRU de Strasbourg à demander un échantillon des ADN de notre/nos enfant(s) :

- Né(e) le :
- Né(e) le :

détenus 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 notre famille.

Nous autorisons, 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 : _____

Signatures :