

**Présidente du réseau**

Dr. Corinne FLOCH

**Trésorière**

Dr. Catherine EGOROFF

**Secrétaire**

Mr. Victor PROST

**Vice-Présidentes**

Dr. Nathalie COULON

Dr. Véronique KESSELER

Mme Pantéa MASK FERRY

**Trésorière-Adjointe**

Dr. Catherine CRENN-HEBERT

**Secrétaire-Adjointe**

Mme Marie-Pierre COUETOUX

## CHARTRE D'ADHÉSION

Je soussigné....., professionnel de santé réalisant des échographies obstétricales à (adresse précise) : ..... demande à adhérer au Réseau de Santé Périnatal PÉRINAT 92 en vue d'obtenir un numéro d'identifiant nécessaire à la prise en compte de mes mesures de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale dans le calcul de risque combiné de la trisomie 21 au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

- Je m'engage à démontrer la qualité des images produites, par une évaluation de ma pratique professionnelle répondant aux critères qualité demandés par le réseau.
- Je joins une attestation de cette évaluation délivrée par l'organisme.
- Je m'engage à faire figurer mon numéro d'identifiant sur tous mes comptes rendus d'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre pour lesquels il a été possible de réaliser une mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale qui satisfont aux critères de qualité précisés dans l'arrêté du 23 juin 2009.
- J'atteste que le matériel échographique que je vais utiliser est conforme aux spécifications techniques : existence d'un registre de maintenance tenu à jour, présence d'un ciné-loop d'au moins 200 images, deux sondes, dont une sonde endo-vaginale, présence d'un zoom non dégradant, possibilité de mesures au dixième de millimètre.
- J'autorise le Réseau PÉRINAT 92 à suivre et analyser les médianes et la distribution de mes mesures.
- J'accepte que les données concernant les dépistages auxquels j'ai participé, soient transmises par l'Agence de Biomédecine, à la coordination du réseau.
- En fonction des résultats de l'Agence de Biomédecine, je m'engage à réévaluer mes pratiques par un organisme agréé.
- En l'absence d'amélioration de mes pratiques, je suis informé(e) que le Réseau PÉRINAT 92 invalidera mon numéro d'identifiant.
- J'ai bien compris qu'il s'agit d'un numéro d'identifiant nominatif, qui ne peut être utilisé par un tiers.
- Je m'engage à mettre à jour ma cotisation annuelle au Réseau PÉRINAT 92.

Il s'agit de ma première demande : je précise que je n'ai effectué aucune demande de numéro d'identifiant auprès d'un autre Réseau de Santé Périnatal.

Je dispose déjà d'un identifiant délivré par un Réseau de Santé Périnatal.

Si oui, lequel ? .....

Le réseau s'engage à suivre les dernières recommandations de l'HAS (avril 2016).

Le réseau s'engage à diffuser sur son site internet la liste des professionnels, membres du réseau.

Le réseau s'engage à communiquer les programmes de formation organisée par le réseau ou par d'autres organismes.

A..... , le.....

**Signature et cachet :**