

## CONTRAT D'ENGAGEMENT AU DEPISTAGE T21

### ADHÉSION :

Je soussigné(e).....

Professionnel(le) de santé, (joindre une copie du diplôme)

(Case à cocher)

- Gynécologue, obstétricien ou gynéco-obstétricien
- Sage-femme
- Radiologue
- Médecin généraliste
- Autre (préciser) : .....

N° RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé - N° à 11 chiffres) : .....

Réalisant des échographies obstétricales du 1er trimestre à (*adresse précise*) :

.....  
.....

Le réseau peut me contacter au :

Tél portable (obligatoire) : ..... Adresse électronique .....

Demande à adhérer au Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92 afin d'obtenir un **numéro d'identifiant** pour pratiquer la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale au 1er trimestre de la grossesse en vue du dépistage combiné de la Trisomie 21 avec les marqueurs sériques maternels.

(Case à cocher)

- Il s'agit de ma **première demande d'adhésion** et j'atteste n'avoir effectué aucune demande de numéro d'identifiant auprès d'un autre réseau.
- Il s'agit d'une démarche de **changement de réseau** et je joins le certificat de suppression de numéro d'identifiant pour le dépistage T21 au 1er trimestre du réseau périnatal précédent.

### QUALIFICATION :

- ✓ Je déclare avoir suivi une **formation initiale** en échographie fœtale (joindre une copie du diplôme):
  - Titre (DIU,...) et intitulé du diplôme : .....
  - Date d'obtention du diplôme : .....
- ✓ Je joins un justificatif de l'Organisme accompagnant les démarches d'Analyse des Pratiques des échographistes dans le cadre du Dépistage de la Trisomie 21 (OAP DT21) attestant que j'ai réalisé une **Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)** :
  - Nom de l'organisme : .....
  - Numéro attribué par l'organisme : .....
  - Date d'obtention : .....

### ENGAGEMENTS :

- ✓ Je m'engage à respecter les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, définies par l'Arrêté du 23 Juin 2009, et notamment :
  - Je m'engage à adhérer à un **programme d'assurance qualité** en produisant, pour chaque examen, des images avec deux clichés explicites figurant dans le dossier médical et permettant de juger de : la qualité du plan sagittal, la position des curseurs, l'agrandissement pour le cliché de la clarté nucale et la qualité du cliché pour la longueur crânio-caudale ;
  - J'atteste que le **matériel échographique** que j'utilise est conforme aux spécifications techniques prévues par l'Arrêté : existence d'un registre de maintenance tenu à jour, présence d'un ciné-loop d'au moins 200 images, deux sondes dont une sonde endovaginale, présence d'un zoom non dégradant, possibilité de mesures au dixième de millimètre ;

- ✓ Je m'engage à faire figurer mon **numéro d'identifiant** sur tous mes comptes rendus d'échographie du 1er 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 ;
- ✓ Je m'engage à participer au **suivi des médianes** et de la distribution des mesures de la clarté nucale ;
- ✓ Je m'engage, si je ne suis pas ou plus en mesure de remplir les critères qualités énoncés dans l'Arrêté du 23 Juin 2009 mais aussi ceux définis annuellement par les Organismes accompagnant les démarches d'Analyse des Pratiques des échographistes dans le cadre du Dépistage de la Trisomie 21 (OAP DT21), à :
  - **en informer** sans délai le Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92
  - **suivre les formations** proposées par les OAP DT21
  - **ré-évaluer mes pratiques** à l'issue de ces formations.
- ✓ Je m'engage à ne **plus utiliser mon numéro d'identifiant** pour le dépistage de la T21 si ces critères qualité ne sont pas remplis.
- ✓ Je m'engage à **informer le Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92** de la situation, lequel pourra, le cas échéant et selon l'avis de sa commission d'évaluation du dépistage de la Trisomie 21, invalider ce numéro.
- ✓ Je m'engage à **ne pas transmettre mon numéro d'identifiant** à un tiers, collaborateur ou salarié et je suis informé(e) que toute utilisation frauduleuse peut entraîner sa suppression par le Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92.
- ✓ Je m'engage à ne pas utiliser mon adhésion au réseau et l'attribution de mon identifiant pour dépistage de la Trisomie 21 à des fins de **promotion et de publicité**.
- ✓ Je m'engage à prévenir le Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92 en cas de **changement de lieu d'exercice professionnel** ou de **cessation totale ou partielle d'activité**, sachant que je ne peux adhérer qu'à un seul Réseau de Santé en Périnatalité (associé à un ou plusieurs CPDPN).
- ✓ J'accepte, en cas de changement de lieu d'exercice impliquant un changement de RSP, que mon dossier administratif soit transmis directement entre les RSP concernés pour faciliter le transfert.

#### **COMMUNICATION :**

- ✓ Je suis informé(e) que :
  - Des informations recueillies sur le présent contrat d'adhésion font l'objet d'un traitement informatique par le Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92 et sont destinées à la constitution d'une **liste de professionnels** réalisant des échographies de dépistage de la Trisomie 21 du 1er trimestre et adhérant au réseau périnatal.
  - Les données administratives collectées sont à destination exclusive du Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92 et ne sont communiquées qu'aux destinataires suivants : laboratoires agréés, Association des Biologistes Agréés pour le dépistage de la T21 (ABA), Agence de Biomédecine (ABM), Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) et OAP DT21.
  - La réponse à l'ensemble des rubriques du présent contrat d'adhésion est obligatoire ; à défaut, le Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92 pourrait se trouver dans l'impossibilité d'accueillir la demande d'adhésion et de délivrer un numéro d'identifiant du fait des informations non renseignées.
  - Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, chaque échographiste bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations le concernant. Pour exercer ce droit, il est possible de contacter le secrétariat du Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92.
- ✓ J'autorise le réseau à **communiquer** mes nom, prénom, numéro d'identifiant et adresse électronique aux laboratoires agréés et aux OAP DT21 afin de suivre et analyser les médianes et la distribution de mes mesures, et j'autorise aussi la diffusion de mes nom et adresse sur le site internet du Réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92 pour en informer notamment les usagers.

#### **RESPONSABILITE :**

- ✓ Je suis informé(e) que seul l'échographiste est responsable de la qualité de chacun de ses clichés et mesures, ainsi que de l'utilisation de son numéro d'identifiant qui est individuel et personnel.

Le réseau de Santé en Périnatalité PERINAT 92 ne pourra être responsable des négligences avérées des échographistes dans ce processus.

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

Signature et cachet :

Paraphe :