Demande d'adhésion et de N° d'identifiant échographiste au Réseau de Santé en Périnatalité « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire en vue du dépistage combiné de la trisomie 21 du 1er trimestre

Je soussigné*(e)*
……

Professionnel(le) de santé :

- ☐ Gynécologue, obstétricien ou gynéco-obstétricien ;
- ☐ Sage-Femme ;
- ☐ Radiologue ;
- ☐ Médecin généraliste.

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

Téléphone : ……
Mail : ……
N°RPPS : ……

Demande à adhérer au Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de la Loire, en vue 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.

- ☐ 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. Je joins le certificat de radiation concernant le numéro d'identifiant pour le dépistage T21 au 1er trimestre du réseau périnatal précédent et mes derniers résultats ABM**.**

<u>Qualification :</u>

Je déclare avoir reçu une **formation initiale** en échographie fœtale (photocopie du diplôme jointe) :

- Titre et intitulé du diplôme : ……
- Date : …….. Lieu : ……..

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 : ……..

<u>Engagements :</u>

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** échographiste 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 précisé 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 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 « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de la Loire ;
- Suivre les formations proposées par les OAP DT21 ;
- Ré évaluer mes pratiques à l'issue de ces formations.

Si malgré ces actions, ces critères qualité ne sont pas remplis, je m'engage à ne **plus utiliser mon numéro d'identifiant** pour le dépistage de la T21.
Je m'engage à **informer le** Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » de la situation, lequel pourra, le cas échéant et selon l'avis de sa commission d'évaluation du dépistage de la Trisomie 21, invalider mon numéro.

J'ai bien compris qu'il s'agit d'un numéro d'identifiant nominatif. Je m'engage à **ne pas transmettre mon numéro d'identifiant** à un tiers et je suis informé(e) que toute utilisation frauduleuse peut entraîner sa suppression par le Réseau.

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 « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » en cas de **déménagement, de changement 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).

Le Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » s'engage à réunir, une fois par an, une commission d'évaluation des pratiques avec les CPDPN et les représentants des échographistes adhérents de façon à analyser la qualité du dépistage.

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 « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » 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 « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » 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 « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » 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 « Sécurité Naissance - Naître Ensemble ».

J'autorise le réseau à **communiquer** mes : nom, prénom, numéro d'identifiant, numéro RPPS et adresse électronique aux laboratoires agréés et aux OAP DT21 afin de suivre et analyser les médianes et la distribution de mes mesures mais aussi la diffusion de mon nom et adresse sur le site internet du Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » pour en informer notamment les usagers.

Responsabilité :

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 « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » ne pourra être responsable des négligences avérées des échographistes dans ce processus.

A.....le .....

Signature (obligatoire) et cachet :