

CONTRAT D'ENGAGEMENT AU DÉPISTAGE T21

ADHÉSION :

Je soussigné(e) : Mme ☐ M. ☐

NOM : Prénom :

Professionnel(le) de santé,
☐ Gynécologue, obstétricien ou gynéco-obstétricien
☐ Sage-femme
☐ Radiologue
☐ Médecin généraliste

réalisant des échographies obstétricales du 1er trimestre à (adresse précise) :
.....
.....

Tél : Adresse mail :

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

demande à adhérer au Réseau Périnatal du Val d'Oise 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** 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 :
• 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 :

- **suivre les recommandations** émanant de la commission d'évaluation du dépistage de la T21 du Réseau Périnatal du Val d'Oise
- **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 Périnatal du Val d'Oise** 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 et je suis informé(e) que toute utilisation frauduleuse peut entraîner sa suppression par le Réseau Périnatal ;

☐ 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 Périnatal du Val d'Oise 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 Périnatal du Val d'Oise 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 ;
- Conformément au Règlement Européen sur la Protection des Données, chaque échographiste bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition aux informations le concernant. Chaque échographiste peut également exercer son droit à la portabilité de ses données ou retirer à tout moment son consentement au traitement de ses données. Pour exercer ces droits, il est possible de contacter le Réseau Périnatal du Val d'Oise à l'adresse suivante : contact@rpvo.org.
- Les données administratives collectées sont à destination exclusive du Réseau Périnatal du Val d'Oise 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 Périnatal du Val d'Oise 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 ;

☐ 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 mais aussi **la diffusion de mon nom et adresse professionnelle uniquement** sur le site internet du Réseau Périnatal du Val d'Oise 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 Périnatal du Val d'Oise ne pourra être responsable des négligences avérées des échographistes dans ce processus.

A, le
Signature et cachet :