

### **ADHÉSION**

Je soussigné (e) ..... professionnel (e) de santé,

- Gynécologue, obstétricien, ou gynéco-obstétricien
- Sage-femme
- Radiologue
- Médecin généraliste

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

.....  
.....  
.....

Tél : .....Adresse email : .....

N° RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé-N° à 11 chiffres) : .....

Demande à adhérer au Réseau Périnatalité Bretagne en vue d'obtenir un numéro d'identifiant pour pratiquer la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale au 1<sup>er</sup> 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 radiation concernant le numéro d'identifiant pour le dépistage de la T21 au 1<sup>er</sup> trimestre du réseau périnatal précédent.
- J'ai pris connaissance de la charte et de la convention constitutive du réseau et je m'engage à en respecter les dispositions. (documents consultables en ligne <https://perinatalite.bzh/pages/affiliation-echographistes-depistage-de-la-t21-294.php#top> )

### **QUALIFICATION**

- Je déclare avoir suivi une formation initiale en échographie fœtale et je joins le justificatif :
  - 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 (OAPDT21) 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 bonne pratique en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, définis 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'adhérent 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 ;
  - 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 qualité 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 (OA DT21) à :
  - En informer sans délai le Réseau Périnatalité Bretagne.
  - Suivre les formations proposées par les OADT21
  - 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 trisomie 21 si ces critères qualité ne sont pas remplis ;
- Je m'engage à en informer le Réseau Périnatalité Bretagne de la situation, lequel pourra, le cas échéant et selon l'avis de la 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 Périnatalité Bretagne 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).

### **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 Périnatalité Bretagne et sont destinés à la constitution d'une liste de professionnels réalisant des échographies de dépistage de la Trisomie 21 du 1<sup>er</sup> trimestre et adhérant au Réseau Périnatal ;
  - Les données administratives collectées sont à destination exclusive du Réseau Périnatalité Bretagne et ne sont communiquées qu'aux destinataires suivants : laboratoires agréés, Association de Biologistes Agréés pour le dépistage de la T21 (ABA), Agence de Bio Médecine (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 Périnatalité Bretagne 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 Périnatalité Bretagne.
- J'autorise le Réseau à communiquer mes noms, prénoms, 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 sur le site Internet du Réseau Périnatalité Bretagne 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 Périnatalité Bretagne ne pourra être responsable des négligences avérées des échographistes dans ce processus.

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

**Signature et cachet :**