

## Pour la réalisation de l'échographie morphologique du 1<sup>er</sup> trimestre

La finalité du réseau a pour objet la garantie pour tous d'un accès à des soins de qualité.

En conséquence :

1) Chaque professionnel signataire de la charte s'engage :

- à délivrer à la patiente une information claire sur le dépistage de la trisomie 21 utilisant la mesure de la clarté nucale,
- à réaliser cette échographie selon les critères HAS 2016 et CNEOF 2016 (formation, matériel, déroulement de l'examen, compte rendu, clichés explicites permettant de juger de la qualité de la mesure de la LCC et de la clarté nucale),
- à produire un compte rendu comprenant mon n° d'identifiant, répondant aux normes de la CNEOF,
- à informer la patiente que si les critères de qualité des mesures ne sont pas obtenus, ils ne pourront être utilisés pour un calcul du risque, et lui proposer une conduite à tenir adaptée pour éviter toute perte de chance,
- à utiliser un appareil d'échographie de moins de 7 ans,
- à participer au suivi des médianes et à la distribution des mesures de la clarté nucale,
- à participer à des formations en fonction des résultats de ses MoM de clarté nucale.

2) Chaque femme enceinte a le libre choix des membres de son équipe soignante.

Chaque professionnel, en acceptant de rentrer dans l'équipe soignante, respecte ce choix selon les règles de la déontologie en vigueur et ne cherchera en aucune façon à la réorienter.

Tout professionnel, ayant signé ou non cette charte, et participant aux soins à la femme enceinte, s'engage avec l'accord de la patiente à compléter son carnet de maternité ou dossier commun.

3) La situation administrative d'une femme enceinte ne peut être prétexte à refus de prise en charge, car chaque professionnel signataire de cette charte s'engage à lutter contre tous les mécanismes, les discriminations, ou les stigmatisations qui conduisent à l'exclusion.

4) Le réseau est habilité à diffuser mon identification comme échographiste du 1<sup>er</sup> trimestre en vue du calcul de risque de trisomie 21, mes coordonnées aux professionnels de santé de La Réunion, à l'association des biologistes agréés (ABA), et au grand public.

cachet et signature

Je soussigné(e) : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Date : .....

Je précise que je ne suis adhérent d'aucun autre réseau de santé en périnatalité.