

CONTRAT D'ENGAGEMENT AU DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21

ADHÉSION :

Je soussigné (e).....,

Professionnel(le) de santé,

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

réalisant des échographies obstétricales du 1^{er} trimestre à (*adresse professionnelle précise*) :

.....
.....

Tél : Adresse mail :

N° RPPS :

demande à adhérer ^{*} au Réseau Périnatal Réunion en vue d'obtenir un **numéro d'identifiant** pour pratiquer la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale au 1^{er} 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 1^{er} 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 **Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)** :

Nom de l'Organisme : CFEF CEPPIM CNGOF

- 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,
 - 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 1^{er} 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 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 (OAP DT21), à :
 - En **informer** sans délai le Réseau Périnatal Réunion
 - **Suivre les formations** proposées par le Réseau et les Organismes 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 Réunion** 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 Réunion 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 ET PROTECTION DES DONNÉES :

Je suis informé(e) que :

- ✓ Les informations recueillies sur le présent contrat d'adhésion font l'objet d'un traitement informatique par le Réseau Périnatal Réunion et sont destinées à la constitution d'une **liste de professionnels** réalisant des échographies de dépistage de la trisomie 21 du 1^{er} trimestre et adhérant au réseau périnatal ;
- ✓ Les données administratives collectées sont à destination du Réseau Périnatal Réunion 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 Réunion 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 modifiée en 2019 et au Règlement Général sur la Protection des Données applicable au 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'information, d'accès, de rectification, de limitation, d'effacement, de portabilité aux données qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.
Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité, en vous adressant par courrier à REPERE : 115 D, allée de Montaignac - 97427 Étang-Salé Les Hauts.
Vous pouvez aussi, si vous estimez que nous n'avons pas apporté de réponse à vos demandes d'accès aux droits, contacter la CNIL.

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 mes nom et adresse sur son site internet, 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 Réunion ne pourra être responsable des négligences avérées des échographistes dans ce processus.

A, le

Signature et cachet :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Diplôme de médecin ou de sage-femme

- Pour les gynécologues obstétriciens et les spécialistes en imagerie médicale ayant démarré leur activité à partir de 1997 : DU ou DIU d'échographie en gynécologie obstétrique

- Pour les sages-femmes ayant débuté leur activité à partir de 1997 : attestation en échographie obstétricale ou DIU d'échographie en gynécologie obstétrique

- Pour les médecins généralistes et les autres médecins spécialistes : DIU d'échographie générale ainsi que son module optionnel de gynécologie-obstétrique

- Justificatif d'EPP en échographie du premier trimestre par l'un des 3 organismes agréés (CFEF, CNGOF, CEPPIM)

- Justificatif de RCP couvrant l'activité d'échographie obstétricale (attestation d'assurance)

- La charte de travail au sein du Réseau Périnatal signée et datée

- La charte du Réseau Périnatal Réunion signée

- Attestation de radiation, si déjà agréé par un autre réseau

***Adhésion au réseau :**

- Adhésion au principe associatif (20 euros)
- Adhésion comme membre bienfaiteur (40 euros)

Adhésion en ligne : [Adhésion au réseau - Repère - Réseau Santé Professionnel Périnatalité Île de La Réunion \(reperere.re\)](https://reperere.re) (paiement sécurisé)