



**DEMANDE DE NUMERO D'IDENTIFIANT
POUR GARANTIR LA QUALITE DES MESURES
DE LA CLARTE NUCALE AU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE
EN VUE DU DEPISTAGE COMBINE DE LA TRISOMIE 21
AU 1^{er} TRIMESTRE**

Je soussigné(e) (NOM-PRENOM)
gynécologue, gynécologue-obstétricien, médecin généraliste, radiologue, sage-femme,
Rayez les mentions inutiles

RPPS (11 chiffres) : | | | | | | | | | | | |

Adresse d'exercice précise :

Structure :

Adresse :

Code postal : **Ville** :

Tél :

E-mail actif :@.....

demande à obtenir un numéro d'identifiant pour pratiquer les mesures de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale dans le calcul de risque combiné de la trisomie 21 au 1er trimestre de la grossesse.

- Il s'agit de ma première demande d'identifiant** : J'atteste n'avoir effectué aucune demande de numéro d'identifiant auprès d'un autre réseau.
- Je suis dans une démarche de changement de Réseau** : je joins le certificat de suppression du Réseau Périnatal précédent.

Pour obtenir le numéro d'identifiant, l'adhésion au Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne (RPCA) est obligatoire :

- Je suis déjà adhérent(e)** au RPCA.
- Je ne suis pas encore adhérent(e)** au RPCA et je joins le bulletin d'adhésion dûment complété.

FORMATION INITIALE

Je déclare avoir reçu une formation initiale en échographie fœtale :

- Je joins une copie du diplôme
- Date :
 - Titre du diplôme :
 - Lieu :

Je m'engage à démontrer la qualité des images et des mesures produites par une évaluation de ma pratique professionnelle répondant aux critères qualité fixés par les Organismes d'Analyse de Pratique (OAP DT21).

- Je joins une attestation de cette analyse de pratique professionnelle (EPP) délivrée par l'Organisme :
- Nom de l'Organisme :
 - Numéro attribué par l'Organisme : | | | | |
 - Date d'obtention :

IMPORTANT Tournez la page svp

ASSURANCE QUALITE ET CONFORMITE

Je m'engage à adhérer à un programme d'assurance qualité en produisant, pour chaque examen, des images avec deux clichés explicites joints à chaque compte rendu et permettant de juger :

- de la qualité du plan sagittal, de la position des curseurs, de l'agrandissement pour le cliché de la clarté nucale,
- de la qualité du plan sagittal pour la longueur crânio-caudale.

J'atteste que le matériel échographique que j'utilise est conforme aux spécifications techniques : 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.

Si je ne suis pas, ou plus, en mesure de remplir les critères qualité définis annuellement par les OAP et permettant l'utilisation de mes mesures pour le dépistage de la trisomie 21 je m'engage à :

- Suivre les formations proposées par le Réseau ou autre organisme spécifique.
- Ré évaluer mes pratiques à l'issue de ces formations.

Le réseau s'engage à proposer, en collaboration avec les OAP DT21 et les CDPPN, une aide personnalisée aux échographistes ne parvenant pas à remplir les critères qualité pour le dépistage de la trisomie 21.

Si malgré ces actions incitatives, les critères qualité ne sont pas remplis, une procédure de suppression peut être enclenchée pour non-conformité avec information au Conseil de l'Ordre. Dans ce cas, je ne pourrai plus utiliser mon numéro d'identifiant pour le dépistage.

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

J'autorise le réseau à communiquer mes nom, prénom, numéro d'identifiant et adresse électronique aux laboratoires agréés et aux Organismes d'Analyse de Pratique afin de suivre et analyser les médianes et la distribution de mes mesures, ainsi qu'à la FFRSP, l'ABA, l'ABM.

Je m'engage à prévenir le réseau en cas de changement de lieu d'exercice ou d'arrêt de l'activité échographiste ou complète.

En cas de changement de réseau de référence lié à mon lieu d'exercice, j'accepte que mon dossier administratif soit transmis directement à mon futur RSP concerné pour obtenir mon nouveau numéro et faciliter le transfert des données d'évaluation.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations suivantes :

- **Mon numéro d'identifiant est nominatif, ne peut être utilisé par un tiers et que toute utilisation frauduleuse peut entraîner sa suppression par le Réseau.**
- Le réseau diffuse sur son site internet la liste des professionnels ayant reçu leur identifiant (sans mentionner leur numéro).
- Le réseau réunit au moins une fois par an une commission d'évaluation des pratiques avec le CPDPN et les échographistes adhérents de façon à analyser la qualité du dépistage. Il est chargé de l'envoi des évaluations aux échographistes. **Il est indispensable de fournir une adresse mail valide, active, ainsi qu'une adresse postale pour un envoi éventuel de courrier en cas de résultat non optimal.**
- Conformément à la loi les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par le RSP. Chaque échographiste bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations le concernant.

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

Signature et cachet :