



**DEMANDE D'ADHESION AU RESEAU PERINATAL LORRAIN ET 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 1er TRIMESTRE**

**ADHESION :**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

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

**Exercice :**     ☐ Libéral     ☐ Hospitalier     ☐ Autre : précisez : .....

Professionnel de santé **réalisant des échographies obstétricales** à (si plusieurs lieux d'exercice, indiquer le lieu principal) :

Adresse complète : .....

Code Postal.....Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

e-mail (*professionnel et/ou personnel*): .....

le mail nous permet de vous tenir informé(e) des actions du Réseau

☐ demande à adhérer au Réseau Périnatal Lorrain afin 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,

☐ atteste avoir pris connaissance de la charte du Réseau Périnatal Lorrain (voir encadré ci-après) et m'engage à la respecter,

☐ S'il s'agit de ma 1ère demande d'adhésion, j'atteste n'avoir effectué aucune demande de numéro d'identifiant auprès d'un autre réseau.

☐ S'il s'agit d'une démarche de changement de réseau (RSP), je joins le certificat de radiation concernant le 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 du diplôme :** ..... **Année d'obtention :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ► [joindre une copie 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'OAP :** ..... **N° attribué par l'OAP** (n° personnel à 4 chiffres) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **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 :

- en **informer** sans délai le Réseau Périnatal Lorrain
- **suivre les formations** proposées par les OAP DT21
- **réévaluer 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 Lorrain** 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 Lorrain ;

☐ 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** ;

**Réseau Périnatal Lorrain**

10 rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex

Tél 03 83 34 36 44 – Fax 03 83 34 44 49 – [rpl@chru-nancy.fr](mailto:rpl@chru-nancy.fr) – <http://www.reseauperinatallorrain.fr>



- ☐ Je m'engage à prévenir le Réseau Périnatal Lorrain 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 document d'adhésion font l'objet d'un traitement informatique par le Réseau Périnatal Lorrain et sont destinées à la constitution d'une **liste de professionnels** réalisant des échographies de dépistage de la Trisomie 21 du 1er trimestre et adhérent au réseau périnatal
- Les données administratives collectées sont à destination exclusive du Réseau Périnatal Lorrain 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 Lorrain 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 d'en faire la demande écrite au Réseau Périnatal Lorrain.

☐ 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 sur le site internet du Réseau Périnatal Lorrain pour en informer notamment les usagers.

#### **RESPONSABILITE :**

☐ 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 Lorrain ne pourra être responsable des négligences avérées des échographistes dans ce processus.

#### **CHARTRE DU RESEAU**

- I – Le Réseau Périnatal Lorrain est constitué de professionnels de toutes disciplines et institutions ayant pour mission d'offrir à la population lorraine une prise en charge et un accompagnement global de la grossesse et de la naissance selon une organisation coordonnée et graduée entre les différents acteurs de la périnatalité.*
- II – Sont acteurs de ce réseau tous les professionnels impliqués dans la prise en charge globale de la femme et de l'enfant pendant la grossesse et autour de la naissance.*
- III – Ils s'engagent à privilégier votre accouchement à proximité de votre lieu de vie, dans les meilleures conditions d'accueil et de sécurité.*
- IV – Ils s'engagent à vous informer et à vous faire bénéficier de tous les moyens et de toutes les compétences disponibles dans ce réseau pour la surveillance de votre grossesse, la sécurité de votre accouchement, les soins nécessaires à votre enfant.*
- V – Si la situation l'exige, pour vous et pour votre enfant, un transfert vers l'établissement le plus adapté vous sera proposé. Dans ce cas, le lien mère-enfant sera privilégié et soutenu par des équipes proches de votre domicile en cas de transfert et de retour.*
- VI – Les établissements et les professionnels du Réseau s'engagent à respecter la charte du patient hospitalisé et vos droits de parents, notamment en ce qui concerne l'information, la confidentialité et le libre choix. Les données médicales anonymes peuvent être utilisées pour une évaluation (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, informatique et libertés).*
- VII – Le fonctionnement du Réseau s'inscrit dans une démarche qualité ayant pour but d'évaluer et d'améliorer de manière permanente la qualité des soins et de promouvoir la santé des mères et des enfants.*
- VIII – Les membres du Réseau s'engagent à faire connaître l'existence de cette charte aux usagers et à l'ensemble des professionnels de santé de la région.*

Fait à ....., le .....

Signature et cachet :

**Réseau Périnatal Lorrain**

10 rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex

Tél 03 83 34 36 44 – Fax 03 83 34 44 49 – [rpl@chru-nancy.fr](mailto:rpl@chru-nancy.fr) – <http://www.reseauperinatalloirain.fr>