

**DEMANDE D'ADHESION AU REPERE ET DEMANDE DE NUMERO 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<sup>er</sup> TRIMESTRE**

Je soussigné (e).....,

Professionnel de santé réalisant des échographies obstétricales à (*adresse précise*) :

.....  
.....

demande à adhérer au Réseau Périnatal Réunion en vue d'obtenir un numéro d'identifiant nécessaire à la prise en compte de mes 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.

S'il s'agit de ma première demande d'adhésion : J'atteste n'avoir effectué aucune demande de numéro d'identifiant auprès d'un autre réseau.

Si je suis dans une démarche de changement de Réseau je présente ci joint le certificat de radiation de mon Réseau d'origine.

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.

Je joins une attestation de cette analyse de pratique délivrée par l'Organisme :

Nom de l'Organisme :  CNGOF  CEPPIM  CFEF

- Numéro attribué par l'Organisme : .....
- Date d'obtention : .....

Je déclare avoir reçu une formation initiale en échographie fœtale : (attestation jointe)

- Date : .....
- Titre du diplôme : .....
- Lieu : .....

Je m'engage à produire, 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.

Je m'engage à faire figurer mon numéro d'identifiant 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

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 endo-vaginale, présence d'un zoom non dégradant, possibilité de mesures au dixième de millimètre.

J'autorise le réseau à communiquer mes *nom prénom numéro d'identifiant et adresse électronique* aux laboratoires agréés et aux Organisme d'Analyse de Pratique afin de suivre et analyser les médianes et la distribution de mes mesures.

Je m'engage à prévenir le réseau en cas de déménagement, de changement ou d'arrêt d'activité.

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

- Suivre les formations proposées par le Réseau et les Organismes
- Ré évaluer mes pratiques à l'issue de ces formations

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

Si malgré ces actions les critères qualité ne sont pas remplis, je m'engage à ne plus utiliser mon numéro d'identifiant pour le dépistage et autorise le réseau à invalider ce numéro après l'avoir prévenu de ma décision.

J'ai bien compris qu'il s'agit d'un numéro d'identifiant nominatif, qui ne peut être utilisé par un tiers et que toute utilisation frauduleuse peut entraîner sa suppression par le Réseau.

Le réseau se garde la possibilité de diffuser sur son site internet la liste des professionnels, membres du réseau. Le réseau s'engage à communiquer les programmes de formation organisée par le réseau ou par d'autres organismes.

Le réseau s'engage à réunir 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

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

**Signature et cachet :**

**Liste des pièces à fournir :**

- Diplôme de médecin ou de sage-femme
- Pour les gynécologues obstétriciens ayant démarré leur activité à partir de 1997 : DIU d'échographie en gynécologie obstétrique
- Pour les Sages-femmes ayant débuté leur activité à partir de 1997 : DIU d'échographie en gynécologie obstétrique ou attestation en échographie obstétricale
- Pour les médecins spécialistes en radiologie ou imagerie médicale ayant démarré leur activité à partir de 1997 : DIU d'échographie en gynécologie obstétrique ou DIU d'échographie générale ainsi que son module optionnel de 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
- Justificatif de l'existence d'un registre de maintenance et la date de la dernière maintenance
- Justificatif de RCP couvrant l'activité d'échographie obstétricale (assurance)
- La charte de travail au sein du Réseau Périnatal signée et datée
- La charte du Réseau Périnatal Réunion signée

**Une fois votre dossier validé, vous recevrez une attestation vous donnant un numéro définitif**

**\*Adhésion au réseau :**

- Adhésion gratuite
- Adhésion au principe associatif (15 euros)
- Adhésion comme membre bienfaiteur (40 euros)

