



## CHARTRE D'ADHESION DES ECHOGRAPHISTES

*Pour garantir la qualité des mesures de la clarté nucale au premier trimestre de la grossesse  
En vue du dépistage combiné de la trisomie 21 au 1<sup>er</sup> trimestre*

Je soussigné,

Nom :

Prénom :

Numéro RPPS :

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

.....  
.....

demande à adhérer au Réseau de Santé Périnatale Parisien 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 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

- Je m'engage à démontrer la qualité des images produites, par une évaluation de ma pratique professionnelle répondant aux critères qualité demandés par le réseau.

Je joins une attestation de cette évaluation délivrée par l'organisme :

- Nom de l'organisme : .....
- Numéro attribué par l'organisme : .....
- Année d'obtention (date) : .....

- Je déclare avoir une formation initiale en échographie fœtale :

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

- Je m'engage à produire, pour chaque examen, des images avec deux clichés explicites joints au 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 cliché de 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

nucle et de la longueur crânio-caudale qui satisfont aux critères de qualité précisés dans l'arrêté du 23 juin 2009.

- 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 suivre et analyser les médianes et la distribution de mes mesures.
- J'accepte que les données concernant les dépistages auxquels j'ai participé, soient transmises par les laboratoires agréés, à la coordination du réseau.
- Si je ne suis pas, ou plus, en mesure de remplir les critères qualité permettant l'utilisation des mes mesures pour le dépistage de la trisomie 21, je m'engage à :
  - Suivre les formations proposées par le réseau
  - Ré évaluer mes pratiques à l'issue de ces formations
- 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.
- J'ai bien compris qu'il s'agit d'un numéro d'identifiant nominatif, qui ne peut être utilisé par un tiers.

- Il s'agit de ma première demande : Je précise que je n'ai effectué aucune demande de numéro d'identifiant auprès d'un autre réseau.
- Je dispose déjà d'un identifiant délivré par le réseau : ....., après obtention du nouveau numéro je m'engage à faire invalider mon numéro précédent.

Le réseau s'engage à proposer une aide personnalisée aux échographistes ne parvenant pas à remplir les critères qualité concernant le dépistage de la trisomie 21.

Le réseau s'engage à 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 2 fois par an les échographistes adhérents de façon à définir collectivement une stratégie commune.

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

**Signature et cachet :**