

**Demande de numéro identifiant auprès du
dispositif spécifique Régional en périnatalité du Grand Est
pour engagement dans le dépistage combiné du 1er trimestre**

Je soussigné(e) (NOM-PRENOM)

Professionnel(le) de santé, réalisant des échographies du 1^{er} trimestre

☐ Gynécologue-obstétricien ☐ gynécologue ☐ Sage-femme ☐ Radiologue

☐ médecin généraliste ☐ Interne ☐ Autre précisez : _____

RPPS (11chiffres) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *Si attente du numéro RPPS, attestation d'honneur signée par le chef de service*

Exercice : ☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Autre précisez : _____

Adresse d'exercice précise :

Structure : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville** _____

Tél professionnel : _/_/_/_/_/_/ **Tél personnel :** _/_/_/_/_/_/

E-mail professionnel _____@_____

E-mail personnel : _____@_____

☐ **Demande l'obtention d'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.

☐ **Demande l'adhésion à la CoPèGE**, si non adhérent, et atteste avoir pris connaissance de **la charte de la CoPeGE** (lien vers charte)

☐ **Il s'agit de ma première demande d'identifiant** : J'atteste n'avoir effectué aucune demande de numéro d'identifiant auprès d'un autre DSRP.

☐ **Je suis dans une démarche de changement de DSRP** : je joins le certificat de résiliation du Réseau Périnatal précédent.

FORMATION INITIALE

Je déclare avoir reçu une formation initiale en échographie fœtale (joindre une copie du diplôme) :

- Date : ____/____/____
- Titre du diplôme : _____
- Lieu : _____

Je m'engage à démontrer la qualité des images et des mesures produites par une **Evaluation de ma Pratique Professionnelle (EPP)** ou analyse des pratiques professionnelles (**APP**) répondant aux critères qualité fixés par les **Organismes d'Analyse de Pratique (OAP DT21)**.

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

- Nom de l'Organisme : _____
- Numéro attribué par l'Organisme : |_|_|_|_|_|
- Date d'obtention : _____

IMPORTANT Tournez la page svp

ENGAGEMENT DE L'ECHOGRAPHISTE

Je m'engage à :

- ☐ Ne pas utiliser ce numéro d'identifiant pour le dépistage de la T21 au-delà de la date indiquée dans le certificat de suppression envoyé par le DSRP
- ☐ Ne pas transmettre ce numéro d'identifiant à un tiers, en sachant que toute utilisation frauduleuse peut entraîner la suppression de ce numéro par le DSRP
- ☐ Ne pas demander de numéro d'identifiant simultanément auprès de plusieurs DSRP
- ☐ Ne pas utiliser ce numéro d'identifiant à des fins de promotion et de publicité
- ☐ 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 les Arrêtés du 23 Juin 2009 puis du 14 Décembre 2018, notamment sur :
 - L'information, la demande et le consentement de la femme enceinte en vue d'un dépistage prénatal avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 lors de la prescription
 - L'examen échographique : conditions de réalisation des mesures de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale ; conditions nécessaires pour l'appareil échographique, qualifications requises pour réaliser des échographies obstétricales et fœtales ;
- ☐ Suivre le résultat de ma médiane de MoM de la clarté nucale, et **respecter les préconisations** issues de la commission d'évaluation du DSRP, **suivre les formations demandées ou exigées** et transmettre les attestations au DSRP
- ☐ Garder les attestations délivrées (EPP initiale, formations...) ainsi que les résultats annuels de médiane
- ☐ Effectuer un **volume minimal de 30 échographies par an** permettant un calcul de médiane significatif ou justifier au DSRP de situations spécifiques (congé maternité, congé maladie, début ou fin activité ...)
- ☐ Prévenir le DSRP de tout changement : lieu d'exercice, coordonnées (adresse, téléphone, mail), cessation d'activité (totale ou temporaire) ...

ENGAGEMENT De la CoPèGE

La CoPèGE s'engage à :

- Gérer le numéro d'identifiant : création du numéro, mise à jour de la liste des échographistes sur la plateforme nationale T21, suppression du numéro en fin d'activité
- Transmettre à l'échographiste les attestations afférentes (identification, suppression ...)
- Analyser les résultats avec la commission d'évaluation T21 et émettre des préconisations (en lien avec les bornes émises par les OAP DT21)
- Envoyer les résultats des médianes de MoM de clarté nucale à l'échographiste avec les préconisations de la commission d'évaluation T21
 - Afficher la liste des échographistes identifiés pour les usagers

PROTECTION ET CIRCUIT DES DONNÉES

Je suis informé(e) que :

- Le DSRP traite mes données personnelles pour la gestion des numéros d'identification T21 et le suivi qualité sur la base d'une mission d'intérêt public, ces données sont indispensables pour permettre l'obtention d'un numéro d'identification.
- Mes données sont destinées aux personnels habilités du DSRP et peuvent être communiquées aux laboratoires agréés participant au dépistage combiné de la Trisomie 21, à la FFRSP. Mes données sont conservées pendant la durée de mon adhésion au DSRP, puis pendant **5 ANS** à compter de la suppression de mon numéro d'identifiant.
- Conformément au Règlement (UE) 2016/679 (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés, je dispose des droits suivants sur mes données : droit d'accès, de rectification, d'effacement (dans les limites des obligations légales applicables), de limitation du traitement, d'opposition (pour les traitements fondés sur l'intérêt public) et de portabilité (pour les traitements fondés sur le consentement). Lorsqu'un traitement repose sur mon consentement, je dispose du droit de le retirer à tout moment, sans que cela remette en cause la licéité des traitements effectués avant ce retrait. Pour exercer ces droits, je peux contacter le secrétariat du DSRP à l'adresse suivante : [coordonnées]. En cas de réponse insatisfaisante, je dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) — www.cnil.fr.
- Pour plus d'informations, contacter le délégué à la protection des données du DSRP à l'adresse : **(mail DPO du DSRP)** ;
- J'autorise le DSRP à publier mon nom et adresse professionnelle sur le site internet du DSRP pour informer le public de ma pratique des échographies T21, je suis informé(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement en écrivant au DSRP : **(mail DSRP)** ;

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.
- ☐ Je suis responsable de la conservation des documents transmis par le DSRP : attribution du numéro d'identifiant, suivi qualité de mon activité (courriers, résultats de médianes, recommandations...)

Le DSRP ne pourra être responsable des négligences avérées des échographistes dans ce processus.

A _____, le ____ / ____ / ____

Signature et cachet :