Réseau Périnat Aquitaine

Courrier d'information destiné aux professionnels demandeurs d'adhésion au réseau en vue de l'obtention d'un numéro d'identifiant

Madame, Monsieur,
Cher (e) collègue,

En tant que professionnel du suivi de la grossesse et du diagnostic anténatal, vous souhaitez obtenir un numéro d'identifiant dans le cadre de la mise en application de l'arrêté du 23 juin 2009, en vue de la pratique du diagnostic de la trisomie 21 au premier trimestre de la grossesse par le calcul du risque combiné.

Le Réseau Périnat Aquitaine, comme tous les autres réseaux de santé en périnatalité en France, se prépare et a déjà mobilisé un comité d'experts pour la réalisation de cette mission.

Il sera en mesure de vous délivrer ce numéro au début de l'année 2010.
La date précise de mise en œuvre de cette action sera disponible sur son site internet **www.reseauperinat-aquitaine.fr** et nous vous invitons à le consulter régulièrement afin d'obtenir cette information.

D'ici là, vous trouverez joint à ce courrier le formulaire à compléter pour la demande de ce numéro et à communiquer au réseau par email, fax ou courrier postal.
Ce formulaire comporte dans son corps la liste les documents qui vous seront demandés, à fournir absolument pour l'obtention du numéro.

Nous vous communiquons également :

- un modèle de formulaire de demande de certificat d'EPP que vous pourrez adresser à l'organisme auprès duquel vous l'avez réalisée,
- un modèle de consentement que vous pourrez utiliser avec vos patientes,
- un modèle de bon de demande de prélèvement biologique pouvant vous servir pour la prescription, contenant des renseignements à des fins épidémiologiques.

Nous sommes à votre disposition pour de plus amples renseignements si nécessaire.

Laurence Joly-Pedespan
Coordinatrice médicale
Pour le comité d'experts « AquiT21 » du Réseau Périnat Aquitaine

GCS-Réseau Périnat Aquitaine
CHU de Bordeaux – Place Amélie Raba Léon – 33076 Bordeaux
Tel : 05 56 79 98 51 – Fax : 05 57 82 00 07
reseau.perinat@chu-bordeaux.fr
www.reseauperinat-aquitaine.fr

Réseau Périnat Aquitaine

Modèle de demande d'adhésion au Réseau Périnat Aquitaine
et de numéro d'identifiant
pour un professionnel réalisant des échographies obstétricales

Je soussigné .....
exerçant la profession de (rayer les mentions inutiles)

- docteur en médecine

  générale

  spécialisé en gynécologie

  spécialisé en gynécologie-obstétrique

  spécialisé en radiologie ou imagerie médicale
- sage-femme

domicilié professionnellement à/au (*adresse précise*) :

.....

.....

Demande à adhérer au Réseau de santé en périnatalité d'Aquitaine, le réseau Périnat Aquitaine, en vue d'obtenir un numéro d'identifiant pour pouvoir participer au dépistage de la trisomie 21 utilisant la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale au 1er trimestre de la grossesse.

Je joins un justificatif de l'Organisme agréé pour la pratique de l'échographie fœtale du 1er trimestre, attestant que j'ai réalisé une EPP, avec l'année d'obtention .....

Je déclare sur l'honneur (*cocher et compléter la proposition correspondant à votre situation*) :

□ être médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et avoir débuté l'exercice de l'échographie obstétricale avant l'année 1997.
□ être sage-femme et avoir débuté l'exercice de l'échographie obstétricale avant l'année 1997.
□ être médecin spécialiste en radiologie et imagerie médicale et avoir débuté l'exercice de l'échographie obstétricale avant l'année 1997.
□ avoir débuté l'exercice de l'échographie obstétricale à partir de l'année 1997. Dans ces conditions et conformément au texte législatif :
« Les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique et les sages-femmes ayant débuté l'exercice de l'échographie obstétricale à partir de l'année 1997, doivent être titulaires du Diplôme interuniversitaire (DIU) d'échographie en gynécologie-obstétrique ou de l'attestation en échographie obstétricale pour les sages-femmes. Les médecins spécialistes radiologie et imagerie médicale ayant débuté l'exercice de l'échographie obstétricale à partir de l'année 1997 doivent être titulaires du DIU d'échographie en gynécologie obstétrique ou doivent avoir validé le module optionnel d'obstétrique du DIU d'échographie générale. Les autres médecins spécialistes et les médecins généralistes doivent avoir validé le DIU d'échographie générale ainsi que son module optionnel d'obstétrique. »
Je joins, dans ce dernier cas, la copie de mon diplôme de DIU à cette demande.

Je m'engage à produire des images avec deux clichés explicites figurant dans le dossier médical, remis à la patiente, 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, ainsi que de la qualité du cliché de la longueur crânio-caudale.

J'atteste que le matériel échographique utilisé est conforme aux spécifications techniques concernant le matériel échographique : 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.

Je m'engage à participer au suivi des médianes et de la distribution des mesures de la clarté nucale.

Je m'engage à faire figurer mon numéro d'identifiant sur tous les 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 juin2009.

Je précise que je ne suis adhérent d'aucun autre réseau de santé en périnatalité.

Le ..... (*date jj/mm/aaaa*)

Signature

Cachet

Réseau Périnat Aquitaine

Information, demande et consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels
(en référence à l'article R. 2131-1 (6°) du Code de la Santé Publique)

Je soussignée ……..... atteste avoir reçu du Docteur ……..... au cours d'une consultation médicale :

1°) des informations sur le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;

2°) des informations sur l'analyse des marqueurs sériques maternels qui m'a été proposée :

- un calcul de risque est effectué ; il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;

- le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;

- le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal, notamment de la trisomie 21 :

- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection,
- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens au prélèvement de sang ainsi qu'au dosage des marqueurs sériques.

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer.
L'original du présent document est conservé dans le dossier médical de la patiente.
Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les analyses.
L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

Date :……..

Signature du praticien Signature de l'intéressée

Réseau Périnat Aquitaine

Modèle de bon de demande de prélèvement biologique pour les marqueurs sériques du 1er trimestre

---

Evaluation du risque de trisomie 21 fœtale par marqueurs sériques du 1er trimestre (PAPP-A et sous-unité ß libre de l'hCG) entre 11 et 13+6 SA

Date du prélèvement ……

Nom de jeune fille de la patiente …… Nom marital……

Prénom ……

Adresse (rue, hameau)……

Code postal …….. Ville ……

Date de naissance ……..

- Date de début de grossesse …… - Grossesse gémellaire ou plus □
- Poids actuel …….. - Tabagisme actuel (≥ 1 cig/jour) □
- Antécédent de trisomie 21 chez la patiente □ - Signes d'appels échographiques □
- Diabète insulino-dépendant □

- Date échographie entre 11 et 13+6 SA …….
- LCC en mm …… – CN en mm et en 1/10ème de mm ……
- Terme le jour du prélèvement ……..

- Médecin prescripteur …… - Spécialité ……
Si échographiste adhérent à un RSP : n° identifiant

|__|__|__| |__|__|__| |__| |__|__|__|__| [__|__|

Adresse …….
Téléphone …… Fax …….
atteste avoir informé la patiente, selon les termes de l'arrêté du 23 juin 2009, des éléments suivants :
– le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
– l'analyse des marqueurs sériques maternels en précisant :
– qu'un calcul de risque est effectué. Il prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les critères de mise en œuvre en matière de mesures échographiques sont satisfaits ;
– que le résultat est exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de cette maladie ;
– que le risque sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal, notamment de la trisomie 21 :
– si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de l'affection ;
– si le risque est élevé, un prélèvement à visée diagnostique sera proposé à la femme enceinte. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement seront expliqués ;
– que la réalisation d'un prélèvement sanguin au second trimestre peut s'avérer nécessaire (en cas d'impossibilité de réaliser le calcul de risque combiné du premier trimestre).

Après avoir demandé la réalisation de l'analyse portant sur les marqueurs sériques maternels, la femme enceinte exprime son consentement par écrit.

Date et Signature du médecin prescripteur :

Réseau Périnat Aquitaine

Modèle de communication de l'obtention de l'EPP de l'échographiste vers le Réseau Périnat Aquitaine

Le ……..,organisme agréé pas la HAS pour l'EPP, atteste que M ou Mme le Dr ……dont le numéro d'EPP est …… a accompli le programme d'amélioration des pratiques professionnelles intitulé …….

En date du ……

Signature de l'OA (président)

Réseau Périnat Aquitaine

Objet : Courrier d'information destiné aux médecins généralistes – Arrêté du 23 juin 2009

Madame, Monsieur,
Cher (e) collègue,

Les professionnels du suivi de la grossesse et du diagnostic anténatal qui le souhaitent pourront bientôt obtenir, par l'intermédiaire du réseau de santé en périnatalité de leur région, un numéro d'identifiant dans le cadre de la mise en application de l'arrêté du 23 juin 2009, en vue de la pratique du diagnostic de la trisomie 21 au premier trimestre de la grossesse par le calcul du risque combiné.

Le Réseau Périnat Aquitaine, comme tous les autres réseaux de santé en périnatalité en France, se prépare et a déjà mobilisé un comité d'experts pour la réalisation de cette mission.

Il sera en mesure de délivrer ce numéro au début de l'année 2010.
La date précise de mise en œuvre de cette action sera disponible sur son site internet www.reseauperinat-aquitaine.fr.

D'ici là, alors même que la nouvelle tarification du remboursement des actes de biologie est parue au journal officiel le 27 octobre dernier, la prescription de cette nouvelle pratique ne sera pas réalisable car en l'absence de numéro identifiant il ne sera pas possible de relier les résultats des mesures échographiques aux résultats biologiques et dans ces conditions le calcul du risque combiné ne pourra être effectué.

Nous vous remercions de prendre note du délai nécessaire au réseau et à ses professionnels de référence pour la mise en application des textes de loi.
Nous vous remercions également pour votre compréhension quant au délai de prescription que cela entrainera dans vos pratiques auprès de vos patientes.

Si vous êtes amené à l'avenir à prescrire ce calcul de risque combiné au premier trimestre de la grossesse nous joignons à ce courrier le formulaire du réseau qui correspondra à cette prescription ainsi que le consentement destiné à la patiente que vous voudrez bien utiliser.

Nous sommes à votre entière disposition si nécessaire.

Laurence Joly-Pedespan
Coordinatrice médicale
Pour le comité d'experts « AquiT21 » du Réseau Périnat Aquitaine

GCS-Réseau Périnat Aquitaine
CHU de Bordeaux – Place Amélie Raba Léon – 33076 Bordeaux
Tel : 05 56 79 98 51 – Fax : 05 57 82 00 07
reseau.perinat@chu-bordeaux.fr
www.reseauperinat-aquitaine.fr