

# BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

## QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

A remplir par tout praticien effectuant des échographies obstétricales, (à l'exclusion des gynécologues médicaux, obstétriciens et chirurgiens en gynécologie pour lesquels le questionnaire spécifique comprend déjà cette pratique)

Praticien :

Nom :

Prénom :

**REmplir IMPERATIVEMENT LE DOCUMENT AU STYLO NOIR**

### PRATIQUE

- ▶ Etes-vous titulaire d'un diplôme d'échographie obstétricale ?  OUI  NON
- Quel diplôme ? (DU, DIU, etc.).....
  - Quelle est la date d'obtention de votre diplôme ? .....
- ▶ Avez-vous suivi une formation médicale continue en échographie obstétricale ?  OUI  NON
- Si oui, laquelle et à quelle période ?.....

- ▶ Nombre moyen d'échographies obstétricales par an :.....
- ▶ Date de première mise en service de votre matériel :.....
- ▶ Comprend-il une sonde endovaginale ?  OUI  NON
- ▶ Avez-vous un réseau de référents en matière d'avis écho ?  OUI  NON
- Si oui, lequel ? .....
- ▶ Avez-vous participé à un programme d'assurance qualité dans le cadre de l'évaluation de vos pratiques professionnelles  OUI  NON
- Auquel cas, veuillez nous communiquer votre numéro d'agrément.....

### INFORMATION DE LA PATIENTE

- ▶ Informez-vous la patiente des limites de l'échographie et du risque de non-diagnostic d'une malformation potentielle ?  OUI  NON
- Si oui, sous quelle forme ? .....
- Oralement :  OUI  NON
  - Information sur votre compte rendu :  OUI  NON
  - Par la remise d'un document écrit, signé par la patiente :  OUI  NON

# BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

## COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES EVENTUELS SUR VOTRE ACTIVITE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## CONTRATS D'ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE ET MISES EN CAUSE EVENTUELLES

Se reporter au document général rubriques "Votre assurance, vos contrats et les mises en cause" lesquelles doivent inclure les renseignements concernant l'échographie obstétricale.

Je soussigné, certifie que toutes les réponses au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes et qu'aucun assureur ne m'a proposé un tarif pour garantir ma responsabilité professionnelle.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :