

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE GYNECOLOGIE, OBSTETRIQUE, ECHOGRAPHIE, CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

REmplir IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

Nom :

Prénom :

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE / SAGE FEMME

► Pratiquez-vous des accouchements, des césariennes ou des hystérectomies d'hémostase?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
► Si oui, nombre moyen annuel d'accouchements		
. Accouchements - Nombre /an :		
. Accouchements en maison de naissance - Nombre /an :		
. Accouchements pratiqués au sein de structures hospitalières - Nombre/an		
- Autres - Nombre/an		

► Travaillez-vous dans une structure d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui : Avec garde obstétricale sur place	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avec garde anesthésique sur place	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avec garde pédiatrique sur place	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avec astreinte pédiatrique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avec salle d'accouchement et bloc opératoire au même niveau	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
► Travaillez-vous avec un établissement de santé référent ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
► Sollicitez-vous une consultation prénatale dans un établissement référent (consultation gynécologique/consultation pré anesthésie) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
► Exercez-vous dans plusieurs structures d'hospitalisation dans la même journée ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Adresse postale : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

- ▶ Réalisez-vous des remplacements avec actes d'accouchement ? OUI Si Oui / Nombre par an : NON
- ▶ Une organisation de garde avec une autre sage-femme est-elle mise en place ? OUI NON
- ▶ Si oui, nombre annuel de remplacements et durée moyenne ? OUI NON

- ▶ En cas d'accouchement à domicile :
- ▶ Une évaluation de la distance entre le lieu de l'accouchement et l'hôpital est-elle réalisée en amont de l'accouchement ? OUI NON

- ▶ De quels équipements disposez-vous pour pratiquer l'accouchement à domicile et gérer les éventuelles complications ?
.....
.....

- ▶ Exercez-vous une activité d'assistance médicale à la procréation ? OUI NON
Si oui, quelle technique utilisez-vous ?

- ▶ Quelle est votre formation (CES, DES, DESC, DESF Clinicat...) ?
.....
.....

- ▶ Etes- vous formé(e) aux spécialités ci-dessous ?
Formation à la gestion des urgences vitales OUI NON Formation à la réanimation néonatale OUI NON Formation à la gestion de l'hémorragie du post-partum OUI NON
- ▶ Réalisez-vous régulièrement des formations d'actualisation des connaissances aux spécialités ci-dessous ?
Formation à la gestion des urgences vitales OUI NON Formation à la réanimation néonatale OUI NON Formation à la gestion de l'hémorragie du post-partum OUI NON

Adresse postale : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

ECHOGRAPHIES

► Réalisez-vous des examens d'imagerie concourant au diagnostic prénatal ? OUI NON
Si oui :
► Nombre moyen annuel ?
► Etes-vous en possession des titres de formation exigés en application du 1^o de l'article L. 4111-1 du Code de la santé publique OUI NON
► Si non, quelle est votre formation ?.....
► Ou bien
► Quels titres de formation disposez-vous en dehors des titres de formation exigés par le Code de la Santé publique ?.....

► Réalisez-vous des échographies liées à la grossesse autres que des échographies de datation et prénatal ? OUI NON
Si oui :
► 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 référent 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

Adresse postale : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

Si oui, veuillez nous communiquer votre numéro d'agrément

CHIRURGIE

▶ Pratiquez-vous des actes de chirurgie gynécologique autres que des conisations, des curetages et des aspirations utérines ? OUI NON

▶ Pratiquez-vous des actes de **chirurgie plastique/esthétique** ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Quelle est votre formation dans ce domaine ?

- Pratiquez-vous la vidéo-chirurgie ? OUI NON

▶ Nombre moyen annuel d'interventions :

▶ Exercez-vous dans un seul établissement, dans plusieurs établissements, combien ? lesquels ?

▶ Vous arrive-t-il, dans la même journée, d'exercer dans plusieurs établissements ? OUI NON

▶ Qui assure la visite les jours de semaine, les jours fériés, le dimanche, la contre visite ?

▶ Assurez-vous seul le suivi de vos patients ? OUI NON

Non, qui l'assure ? (niveau de compétence) :

▶ Etes-vous associé à un chirurgien exerçant la même spécialité que la vôtre ? OUI NON

Adresse postale : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

► Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires
(à l'usage des patients et de l'équipe chirurgicale) ?

OUI

NON

Adresse postale : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

INFORMATION DU PATIENT

- ▶ Comment informez-vous vos patients ?
 - Oralement : OUI NON
 - Par écrit : OUI NON
 - Par un document signé du patient OUI NON
- ▶ Si vous pratiquez des échographies obstétricales, 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 le patient : OUI NON

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 également les renseignements concernant les activités citées dans ce questionnaire.

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 :

NB : L'assuré doit fournir des informations exactes dans sa déclaration ; une fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat d'assurance. Article L 113-8 du code des assurances

Adresse postale : 26 boulevard Haussmann 75311 PARIS CEDEX 09