

# BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

## QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE GYNECOLOGIE, OBSTETRIQUE, ECHOGRAPHIE, CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

REPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

Nom :

Prénom :

### GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

▶ Pratiquez-vous des accouchements, des césariennes ou des hystérectomies d'hémostase?  OUI  NON

▶ Si oui, nombre moyen annuel d'accouchements .....

▶ Travaillez-vous dans une structure d'hospitalisation ?  OUI  NON

Si oui : Avec garde obstétricale sur place  OUI  NON

Avec garde anesthésique sur place  OUI  NON

Avec garde pédiatrique sur place  OUI  NON

Avec astreinte pédiatrique  OUI  NON

Avec salle d'accouchement et bloc opératoire au même niveau  OUI  NON

▶ Exercez-vous dans plusieurs structures d'hospitalisation dans la même journée ?  OUI  NON

▶ 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, Clinicat...) ? .....

.....

**Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09**

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

# BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

## ECHOGRAPHIES

▶ Réalisez-vous des échographies liées à la grossesse autres que des échographies de datation?  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

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 ? .....

**Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09**

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

## BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

- 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

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

.....

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

OUI

NON

▶ Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires

(à l'usage des patients et de l'équipe chirurgicale) ?

OUI

NON

**Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09**

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

# 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 :

**Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09**

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40