

**SOUSCRIPTEUR**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Lieu de naissance : .....

N° de portable : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| N° de tél professionnel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

E-mail : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Date de thèse : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Ancien régime :  Oui  Non Nouveau régime :  Oui  Non

Spécialité exercée : .....

Inscription au tableau de l'Ordre du Département : Sous le N° ..... Le : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Qualification : ..... Date : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**EXERCICE LIBERAL**

Date de première installation : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Indépendant :  SCM  SCP  SEL  Société de fait  Autre : .....

**Exercez-vous ?**

En cabinet Individuel Si oui, adresse : .....

En cabinet de Groupe Si oui, adresse : .....

En clinique Si oui, adresse : .....

Exercez-vous uniquement pour remplaçant :  Oui  Non Si oui, depuis combien de temps ? .....

Etes-vous titulaire d'une licence de remplacement :  Oui  Non Si oui, quelle est la date limite de validité ? .....

**EXERCICE A L'HOPITAL PUBLIC**

Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissement(s) où vous exercez : .....

Exercice à temps plein sans contrat d'activité libérale à l'hôpital :  Oui  Non

Exercice à temps plein avec contrat d'activité libérale à l'hôpital :  
Nombre de 1/2 journées par semaine : ..... Nombre de lits : .....

Exercice à temps partiel :  Oui  Non

Votre activité est-elle rémunérée par l'hôpital ?  Oui  Non

Votre activité s'exerce-t-elle dans le cadre d'une convention de stage ?  Oui  Non

**EXERCICE SALARIE**

En établissement privé participant au service public hospitalier : nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissement(s) où vous exercez : .....

En clinique privée : nom(s) et adresse(s) de la (ou des) clinique(s) où vous exercez : .....

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL**

Pratiquez-vous des actes nécessitant des anesthésies générales ?  Oui  Non

Pratiquez-vous des actes nécessitant des anesthésies locorégionales ?  Oui  Non

Pratiquez-vous des actes à visée purement esthétique ?  Oui  Non

Si oui, listez les actes pratiqués : .....

- Pratiquez-vous des scléroses de varices ?  Oui  Non
- Pratiquez-vous la phlébectomie ?  Oui  Non
- Pratiquez-vous des anesthésies ?  Oui  Non
- Générales ?  Oui  Non      Régionales ?  Oui  Non      Locales ?  Oui  Non
- Sédations intraveineuses ou neuroleptanalgie ?  Oui  Non
- Pratiquez-vous des épreuves cardiologiques d'effort ?  Oui  Non
- Pratiquez-vous :  Des actes d'imagerie médicale       Des échographies obstétricales
- Si vous répondez oui à la question sur les échographies obstétricales, remplir l'annexe correspondante.**
- Etes-vous correspondant dans le domaine de :  L'hémovigilance     La matériovigilance     La pharmacovigilance
- Comment informez-vous vos patients ?  Par écrit     Oralement
- Faites-vous signer un consentement écrit ?  Oui  Non

**Veillez nous adresser une photocopie de votre feuille d'ordonnance et une feuille de sécurité sociale pré-imprimée.**

**ANTECEDENTS**

Durant les dix dernières années, l'assuré a-t-il été titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile :  Oui  Non

Nom de l'assureur	Période d'assurance	N° de police	Motif de la résiliation	Nombre de sinistres	Activité assurée	Mode d'exercice (libéral, hospitalier...)

Avez-vous connaissance de sinistres intervenus au cours des dix dernières années ?  Oui  Non

*(On entend par sinistre : toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé ou de son assureur (qu'il y ait eu ou non règlement) et/ou toute réclamation de patient formulée auprès du médecin susceptible de pouvoir ultérieurement engager sa responsabilité).*

**Si oui, remplir le tableau ci-dessous**

Date	Nature	Circonstances	Montant des dommages

**DOCUMENTS A JOINDRE**

- Un résumé circonstancié de toute réclamation du patient susceptible de pouvoir engager la responsabilité du praticien
- Un relevé d'informations comprenant les précisions suivantes sur les dix dernières années : Niveau de responsabilité et montant du préjudice corporel | Règlements effectués | Evaluation du dossier
- Joindre une photocopie de votre feuille d'ordonnance et une feuille de Sécurité Sociale pré-imprimée.

**SIGNATURE**

Je soussigné, certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes

Fait à : ..... Le : .....

**Signature :**

**PRATIQUE**

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

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 : .....

A propos de votre pratique échographique, exercez-vous :

- En cabinet :  Oui  Non
- Dans un ou plusieurs établissements :  Oui  Non

Si oui, lequel ou lesquels ? .....

Nombre moyen d'échographies obstétricales par an ? .....

Nombre moyen d'échographies obstétricales par semaine ? .....

Date de première mise en service de votre matériel ? .....

Ce matériel comprend-il une sonde endo-vaginale ?  Oui  Non

Avez-vous un réseau de référents en matière d'avis-écho ?  Oui  Non

Si oui, lequel ou lesquels : .....

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 ? .....

**INFORMATION DE LA PATIENTE**

Informez-vous les patients des limites de l'échographie et du risque de non-diagnostic d'une malformation potentielle ?  Oui  Non

Si oui, sous quelle forme ?  Oralement  Sur votre compte-rendu  Par la remise d'un document écrit signé par le patient

**SIGNATURE**

Nom : .....

Fait à : ..... Le : .....

**Signature :**

**PRATIQUE**

Pratiquez-vous exclusivement une activité de Gynécologue médical sans pratique d'accouchement sauf urgence, ni d'acte nécessitant une anesthésie locorégionale ou générale ?  Oui  Non

Pratiquez-vous exclusivement une activité de Gynécologue obstétricien exerçant la gynécologie chirurgicale par voie coelioscopique et/ou à ciel ouvert sans pratique d'accouchement sauf urgence ?  Oui  Non

Pratiquez-vous exclusivement une activité de Gynécologue obstétricien ne pratiquant pas d'acte nécessitant une anesthésie autres que les actes liés à la gestation, l'assistance à la procréation, l'accouchement, l'interruption de grossesse, le diagnostic anténatal ou aux interventions pelviennes simples et bénignes par voie basse ?  Oui  Non

Pratiquez-vous des accouchements, des césariennes ou des hystérectomies d'hémostase ?  Oui  Non

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

Réalisez-vous des échographies liées à la grossesse ?  Oui  Non

**Si oui, remplir l'annexe « Echographie Obstétricale »**

Exercez-vous une activité d'assistance médicale à la procréation ?  Oui  Non

Si oui, quelle technique utilisez-vous ? .....

Pratiquez-vous des actes de chirurgie gynécologique autres que des conisations, des curetages et des aspirations utérines ?  Oui  Non

Avez-vous une qualification en chirurgie gynécologique ?  Oui  Non

- Si oui, laquelle / lesquelles ? .....
- Quelle est votre formation dans ce domaine ? .....

Exercez-vous des actes de chirurgie plastique / esthétique ?  Oui  Non

- Si oui, lesquels ? .....
- Quelle est votre formation dans ce domaine ? .....
- Quelle est votre formation (CES, DES, DESC, Clinicat ...) ? .....

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 sur place ?  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 à plein temps dans les hôpitaux publics ?  Oui  Non

Si oui, avez-vous une clientèle privée ?  Oui  Non

Quel est le pourcentage de cette activité dans votre chiffre d'affaires ? ..... %

Comment informez-vous vos patients :  Oralement  Par écrit  Par un document signé du patient

**SIGNATURE**

Nom : .....

Fait à : ..... Le : .....

**Signature :**

**INFORMATIQUE ET LIBERTES**

Je reconnais avoir été informé(e) conformément à l'article 27 de la Loi du 6 janvier 1978 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

**J'autorise** l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

**Je l'autorise** également à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui.

**Je dispose** d'un droit d'accès et de rectification auprès du correspondant du service clientèle pour toute information me concernant.

**Toute omission, toute déclaration fausse ou inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou vous exposer à supporter la charge de tout ou partie des indemnités dans les conditions prévues par les articles L. 112-3, L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

**SIGNATURE**

Nom : .....

Fait à : .....

Le : .....

**Signature :**