

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 :