

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09
Statuant en matière d'assurance de responsabilité civile médicale

QUESTIONNAIRE – PROPOSITION

PROFESSIONNELS DE SANTE
Document général

CONTRAT EN COURS : DATE DE FIN DES GARANTIES : **NOM DE L'ASSUREUR** :

En sus de ce questionnaire, les anesthésistes, chirurgiens, gynécologues-obstétriciens et tous les praticiens pratiquant l'échographie obstétricale rempliront également le questionnaire correspondant aux spécialités exercées.

IDENTITE DU PROPOSANT

Nom : _____ Prénom : _____
Eventuellement, Nom marital : _____
Domicile : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Date de naissance : _____ Département et lieu de naissance : _____
Tél professionnel : _____ Tél. portable : _____ Télécopie : _____ adresse @ e-mail : _____

SPECIALITE(S) EXERCEE (S)

.....
.....
.....

Ce questionnaire est à retourner, signé avec toutes les annexes par voie postale

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Date de thèse :

Inscription au tableau de l'Ordre du Département :

Sous le n° :

Le :

Qualification obtenue le :

EXERCICE LIBERAL

Date de première installation :

Indépendant SCM SCP SEL Société de fait Autre :..... (entourer la situation correspondante)

Dans un ou plusieurs établissements hospitaliers privés : OUI NON

Si oui, adresses :

Exercez-vous uniquement comme remplaçant ? OUI NON

Si oui,

Avec contrat(s) de remplacement ? OUI NON

Et si vous n'êtes pas encore inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins, vous êtes titulaire d'une licence de remplacement depuis combien de temps ? Quelle est sa 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 partiel : OUI NON

Exercice à temps plein : OUI NON

▪ Sans activité libérale : OUI NON

▪ Avec contrat d'activité libérale à l'hôpital : OUI NON

Si oui, nombre de 1/2 journées :

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

EXERCICE SALARIE EN ETABLISSEMENT PRIVE (*)

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

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL

Pratiquez-vous des actes à visée esthétique ? OUI NON Si oui depuis combien de temps ?

Si oui, lister les actes pratiqués :

Quelle formation avez-vous suivie en matière esthétique ?

Pratiquez-vous des scléroses de varices ? OUI NON

Pratiquez-vous de la phlébectomie ? OUI NON

Pratiquez-vous des anesthésies autres que locales ?

- Générales : OUI NON
- Locorégionales : OUI NON
- Tronculaires : OUI NON
- Sédation intraveineuse ou neuroleptanalgie ? OUI NON

Pratiquez-vous des épreuves cardiologiques d'effort ? OUI NON

Pratiquez-vous :

- Des actes d'imagerie médicale ? OUI NON
- Des actes de radiologie interventionnelle ? OUI NON
- Des échographies obstétricales ? OUI NON

Si vous répondez oui à la question sur les échographies obstétricales, remplir le questionnaire complémentaire correspondant

Etes-vous amené à prendre en charge des nouveaux-nés au sein d'établissements privés ? OUI NON

Comment informez-vous vos patients ? Par écrit Oralement (entourer la modalité correspondante)

Faites-vous signer un consentement écrit ? OUI NON

Veillez joindre une photocopie de votre feuille d'ordonnance et une feuille de sécurité sociale pré-imprimée

(*) Pour cette activité salariée en établissement privé vous devez, depuis la loi du 4/03/2002, être assuré en responsabilité civile au titre du contrat souscrit par votre établissement.

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

VOTRE ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

Durant les dix dernières années, avez-vous été titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile ? OUI NON

VOS CONTRATS. A REMPLIR IMPERATIVEMENT DE FACON EXHAUSTIVE ET PRECISE POUR UNE BONNE ETUDE DU DOSSIER

Nom de l'assureur (compagnie, mutuelle)	Période d'assurance	N° de police	Motif de la résiliation	Montant de la prime TTC	Montant de la franchise	Activité assurée	Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié)

LES MISES EN CAUSE

Au cours de ces dix dernières années, votre responsabilité civile ou pénale a-t-elle été engagée ou mise en cause (avec ou sans règlement par votre assureur à ce jour) ou avez-vous été l'objet d'une (ou plusieurs) plainte(s) devant le Conseil de l'Ordre au titre de l'une ou l'autre de vos pratiques ?

OUI NON **Si oui, il convient de :**

① Remplir le tableau ci-dessous :

Date de l'acte initial	Date de la mise en cause	Nature	Circonstances	Montant des dommages

② joindre :

- les rapports d'expertises concernant les sinistres déclarés auprès des assureurs, sous enveloppe cachetée et **sous forme strictement anonyme** au BCT.
- Le relevé d'information établi par chaque société d'assurance comportant le n° de sinistre, le montant du règlement effectué et le montant de l'évaluation totale du dossier.

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 _____ heure
Signature :

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE ANESTHESISTE

REEMPLIR UN QUESTIONNAIRE PAR ETABLISSEMENT DE SANTE

Praticien :

Nom :

Prénom :

Nom et adresse de l'établissement de santé :

.....
.....

▶ L'organisation de l'établissement respecte-t-elle les dispositions du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie (art. D.712-40 du code de santé publique) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Le matériel utilisé en salle d'anesthésie et au réveil est-il mis en service après vérification suivant une check-list, à l'ouverture du site et entre chaque patient (arrêté du 03/10/95) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Existe-t-il un contrat de maintenance du matériel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

▶ Comment informez-vous vos patients ?		
Oralement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Par écrit :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Par un document signé du patient :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

▶ Travaillez-vous seul ou en pool avec les autres médecins anesthésistes réanimateurs ?		
▪ Seul :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ En pool :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

▶ Existe-t-il une garde anesthésique médicale sur place ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Exercez-vous :		
▪ Dans plusieurs salles d'anesthésie à la fois ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Sur un site unique dans votre établissement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Vous arrive-t-il au cours de la même journée d'exercer dans des établissements différents ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, combien :		

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

▶ Pratiquez-vous des anesthésies simultanées (hors le cadre de l'urgence) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui : - quelles anesthésies et combien au maximum :		
- l'entretien de l'anesthésie est-il assuré par un IADE pour chaque patient hormis celui que vous surveillez personnellement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Nombre d'IADE présentes sur le site :		
▶ Existe-t-il une garde spécifique d'anesthésiste-réanimateur sur place en post-interventionnel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Pratiquez-vous l'analgésie péridurale pour l'accouchement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Pratiquez-vous la rachianesthésie pour d'autres interventions ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Pratiquez-vous l'anesthésie avec feuille d'anesthésie et feuille de surveillance du réveil ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Existe-t-il un dossier transfusionnel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ La traçabilité des produits sanguins labiles est-elle assurée ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Le règlement intérieur du fonctionnement de l'anesthésie a-t-il été rédigé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Des protocoles écrits concernant les soins post-opératoires existent-ils ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ La transmission des prescriptions médicales se fait-elle par écrit ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▶ Existe-t-il :		
▪ Un CLIN ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Un correspondant d'hémovigilance ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Un correspondant de matériovigilance ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

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 votre activité d'anesthésiste réanimateur.

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 :