**Formulaire de déclaration d’une exposition non intentionnelle d’un patient résultant d’un acte de radiodiagnostic aux rayons X ou de radiologie interventionnelle**

**Si la déclaration porte sur une exposition (accidentelle) d’un enfant à naître : veuillez utiliser le formulaire spécifique à la déclaration d’une exposition d’un enfant à naître.**

Veuillez renvoyer ce formulaire à l’adresse [event@fanc.fgov.be](mailto:event@fanc.fgov.be)

Un accusé de réception vous sera envoyé et l’AFCN vous recontactera dans les meilleurs délais.

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements sur l’établissement où s’est produit l’exposition non intentionnelle** | |
| Nom : |  |
| Adresse: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements sur le service médical où s’est produit l’exposition non intentionnelle** | |
| Nom : |  |
| Adresse: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements sur le déclarant** | |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| E-mail: |  |
| Date de la déclaration et signature du déclarant | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Renseignements sur l’exposition non intentionnelle** | | |
|  | | |
| Date de l’exposition: | |  |
| Date de la découverte : | |  |
|  | | |
| 1. **Courte description de l’exposition non intentionnelle** *(vous pouvez cocher plusieurs options)* | | |
|  | | |
| mauvais patient | | |
| mauvais partie du corps | | |
| mauvais examen | | |
| mauvais paramètres | | |
| dose à la peau élevée | | |
| dose au patient anormalement élevée | | |
| appareil défectueux | | |
| autre : | | |
|  | | |
| 1. **Type d’examen / traitement** | | |
|  | | |
| *Veuillez cocher le type d’examen et le préciser dans la colonne de droite* | | |
| radiologie conventionnelle: |  | |
| CT ou CBCT: |  | |
| fluoroscopie, radiologie interventionnelle :  *y compris les applications interventionnelles en dehors du service de radiologie comme cardiologie, bloc op., …* |  | |
|  | | |
| 1. **Type d’appareil** | | |
|  |  | |
| Type d’appareil : |  | |
| Fabriquant / marque : |  | |
|  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Calcul de la dose au patient** | |
|  | |
| Un calcul de la dose au patient a-t-il été effectué ? | OUI / NON |
| Si oui, veuillez renseigner la dose calculée : | |
| *Veuillez joindre le rapport de l’expert agréé en radiophysique médicale concernant le calcul de la dose.*  *Référence de la pièce jointe :* | |
| 1. **Description détaillée de l’exposition non intentionnelle** | |
| *Cette description peut éventuellement figurer en pièce jointe.*  *Référence de la pièce jointe :* | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Analyse de la cause / des causes** | | |
|  | | |
| 1. **Personnes impliquées dans l’analyse de cette exposition non intentionnelle** | | |
|  | | |
| Praticien (médecin qui porte la responsabilité de l’exposition médicale) | OUI / NON | Nom : |
| Responsable du service concerné | OUI / NON | Nom : |
| Expert agréé en radiophysique médicale | OUI / NON | Nom : |
| Autres (nom + fonction): | | |
|  | | |
| 1. **Analyse de la cause / des causes** | | |
| *Cette analyse peut éventuellement figurer en pièce jointe.*  *Référence de la pièce jointe :* | | |

|  |
| --- |
| **Mesures correctrices et préventives** |
|  |
| 1. **Mesures correctrices et préventives déjà prises** |
| *Cette description peut éventuellement figurer en pièce jointe.*  *Référence de la pièce jointe :* |
| 1. **Mesures correctrices et préventives prévues** |
| *Cette description peut éventuellement figurer en pièce jointe.*  *Référence de la pièce jointe :* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Information DU PATIENT et des professionnels de la santé** | |
|  | |
| Le patient a été informé des risques que comporte cette exposition non intentionnelle: | OUI / NON |
| Les données d’une personne de contact de l’hôpital auprès de laquelle il est possible de s’adresser pour toute question éventuelle ont été communiquées au patient: | OUI / NON |
| Les personnes suivantes ont été informées de cet événement :   * le médecin référent du patient * le médecin généraliste du patient | OUI / NON  OUI / NON |
| Les données d’une personne de contact de l’hôpital auprès de laquelle il est possible de s’adresser pour toute question éventuelle ont été communiquées aux personnes suivantes :   * le médecin référent du patient * le médecin généraliste du patient | OUI / NON  OUI / NON |
| Cette exposition non intentionnelle: a été enregistré dans le système de notification et d’apprentissage de l’hôpital : | OUI / NON |
| Cette exposition non intentionnelle a également été notifié aux autres instances suivantes : | |