**Formulaire de notification sur base** **volontaire à l’AFCN d’une exposition accidentelle ou non intentionnelle impliquant une personne
subissant une exposition médicale**

**Ce formulaire doit uniquement être utilisé pour notifier sur base volontaire à l’AFCN
une exposition accidentelle ou non intentionnelle impliquant un patient ou un volontaire d’une étude clinique ou leur enfant à naître, ne répondant pas à un des critères de notification obligatoire à l’AFCN** **mais qui a un intérêt potentiel de l'information pour les autres centres, dans une optique de prévention et de partage d'expérience.**

Veuillez renvoyer ce formulaire à l’adresse 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 accidentelle ou non intentionnelle** |
| Nom : |  |
| Adresse : |  |

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

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

|  |
| --- |
| **Renseignements sur l’exposition accidentelle ou non intentionnelle** |
|  |
| Date de l’exposition accidentelle ou non intentionnelle : |  |
| Date de la constatation : |  |
|  |
| 1. **Courte description de l’exposition accidentelle ou non intentionnelle (vous pouvez cocher plusieurs options)**
 |
| [ ]  mauvais patient (applications diagnostiques)[ ]  mauvais produit radiopharmaceutique[ ]  activité administrée dévie significativement de l’activité intentionnée (applications diagnostiques)[ ]  mauvais paramètres de l’appareil[ ]  dose pour l’enfant à naître qui est significativement plus élevée que intentionnée lors d’une exposition médicale d’une femme enceinte lorsque la grossesse était connue du nucléariste au moment de l’exposition médicale[ ]  autre : |
|  |
| 1. **Description détaillée de l’exposition accidentelle ou non intentionnelle**
 |
| *Cette description peut éventuellement figurer dans une pièce jointe.**Référence de la pièce jointe :* |
| 1. **Type d’exposition médicale**
 |
|  |
| □ Diagnostic* Produit radioactif administré:
* Activité administrée:
* Combiné avec CT?
 | OUI / NON  |
| □ Thérapie métabolique * Produit radioactif administré:
* Activité administrée:
 |  |
| □ Radio embolisation * Produit radioactif administré:
* Activité administrée:
 |  |
|  |
| 1. **Calcul de la dose au patient/volontaire/enfant à naître**
 |
|  |
| Un calcul de la dose a-t-il été effectué ?  | OUI / NON |
| Dose calculée à la suite de: |
| * l’administration du produit radioactif :
* l’exposition à des rayons X :
 |  |
| Dose totale calculée: |
| *Ce calcul de la dose est fait par un expert agréé en radiophysique médicale.**Veuillez joindre le rapport de l’expert agréé en radiophysique médicale.**Référence de la pièce jointe :* |
| **Analyse de la cause/des causes** |
|  |
| 1. **Personnes impliquées dans l’analyse de cette exposition accidentelle ou non intentionnelle**
 |
|  |
| Praticien (médecin qui porte la responsabilité médicale pour l’exposition médicale) | OUI / NON | Nom : |
| Responsable du service concerné | OUI / NON  | Nom : |
| Expert agréé en radiophysique médicale, domaine de compétence médecine nucléaire | OUI / NON  | Nom : |
| Expert agréé en radiophysique médicale, domaine de compétence radiologie | OUI / NON  | Nom : |
| Autres (nom + fonction) : |
|  |
| 1. **Analyse de la cause/des causes**
 |
| *Cette analyse peut éventuellement figurer dans une pièce jointe.* *Référence de la pièce jointe :* |

|  |
| --- |
| **Mesures correctrices et préventives**  |
|  |
| 1. **Mesures correctrices et préventives déjà prises**
 |
| *Ces mesures peuvent éventuellement figurer dans une pièce jointe.* *Référence de la pièce jointe :* |
| 1. **Mesures correctrices et préventives prévues**
 |
| *Ces mesures peuvent éventuellement figurer dans une pièce jointe.* *Référence de la pièce jointe :* |

|  |
| --- |
| **Information du patient/volontaire et ses professionnels de la santé** |
|  |
| Le patient/volontaire a été informé des risques que comporte cette exposition accidentelle ou 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/volontaire : | OUI / NON |
| Les personnes suivantes ont été informées de cette exposition accidentelle ou non intentionnelle:* le médecin référent du patient/volontaire
* le médecin généraliste du patient/volontaire
* si un enfant à naître est impliqué : le gynécologue de la femme enceinte
 | OUI / NONOUI / NONOUI / 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 de la femme enceinte
* le médecin généraliste de la femme enceinte
* si un enfant à naître est impliqué : le gynécologue de la femme enceinte
 | OUI / NONOUI / NONOUI / NON |
| Cette exposition accidentelle ou non intentionnelle a été enregistrée dans le système de notification et d’apprentissage de l’hôpital : | OUI / NON |
| Cette exposition accidentelle ou non intentionnelle a également été notifiée aux autres instances suivantes : |