**Formulaire de notification d’une exposition non intentionnelle en lien avec l’administration d’un produit radioactif non scellé à des fins radiothérapeutiques sous la responsabilité médicale d’un médecin spécialiste en médecine nucléaire ou en radiothérapie**

**Ce formulaire doit uniquement être utilisé pour notifier à l’AFCN une** **exposition non intentionnelle en lien avec l’administration d’un produit radioactif non scellé à des fins radiothérapeutiques ayant entraîné ou susceptible d’entraîner   
l’apparition d’effets déterministes non prévus, et/ou   
dont l’activité administrée dévie de 10% ou plus de l’activité prévue et/ou   
qui a provoqué une déviation due à une mauvaise identification du patient.**

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 notification et signature du déclarant | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Renseignements sur l’exposition non intentionnelle** | | |
|  | | |
| Date de l’ exposition non intentionnelle : |  | |
| Date de la constatation : |  | |
|  | | |
| 1. **Description de l’exposition non intentionnelle** | | |
| *Cette description peut éventuellement figurer dans une pièce jointe.*  *Référence de la pièce jointe :* | | |
|  | | |
| 1. **Type d’exposition médicale à des fins radiothérapeutiques** | | |
|  | | |
| Thérapie métabolique   * Produit radioactif administré : * Activité administrée : |  |
| Radio embolisation   * Produit radioactif administré : * Activité administrée : |  |
|  |  |
| 1. **Critère sur base duquel l’exposition non intentionnelle est notifiée** | | |
|  | | |
| exposition non intentionnelle ayant entraîné ou susceptible d’entraîner l’apparition d’effets déterministes non prévus | | |
| l’activité administrée dévie de 10% ou plus de l’activité prévue | | |
| toute déviation due à une mauvaise identification du patient | | |
|  | | |
| 1. **Calcul de la dose** | | |
|  | | |
| Dose reçue par le/la patient(e) : | | |
| *Ce calcul de la dose est fait par un expert agréé en radiophysique médicale.*  *Veuillez joindre son rapport concernant le calcul de la dose.*  *Référence de la pièce jointe :* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Analyse de la cause/des causes** | | |
|  | | |
| 1. **Personnes impliquées dans l’analyse de cet exposition 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 : |
| 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/de la patiente et des professionnels de la santé** | |
|  | |
| Le patient/la patiente a été informé(e) 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/à la patiente | OUI / NON |
| Les personnes suivantes ont été informées de cette exposition non intentionnelle:   * le médecin référent du patient/de la patiente * le médecin généraliste du patient/de la patiente | 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/de la patiente * le médecin généraliste du patient/de la patiente | OUI / NON  OUI / NON |
| Cette exposition non intentionnelle a été enregistrée dans le système de notification et d’apprentissage de l’hôpital | OUI / NON |
| Cette exposition non intentionnelle a également été notifiée aux autres instances suivantes : | |