|  |
| --- |
| Département Santé et EnvironnementService Protection de la Santé |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE[[1]](#footnote-1) D’UNE NOUVELLE AUTORISATION personnelle POUR L’UTILISATION DE PRODUITS RADIOACTIFS ET/OU DE RAYONS X A DES FINS D’IMAGERIE MEDICALE[[2]](#footnote-2)(Art 64, 68, 70 eT 82 DE L’ARRETE EXPOSITIONS MEDICALES)** |
| 1. **DONNEES PERSONNELLES DU DEMANDEUR**
 |
| Nom et prénom : |
| Adresse : |
| Lieu et date de naissance : |
| Nationalité : |
| Numéro INAMI : |
| Numéro de registre national : |
| Tél : |
| E-mail : |

|  |
| --- |
| 1. **APPLICATIONS POUR LESQUELLES L’AUTORISATION EST SOLLICITEE**
 |
| ***2.1. Utilisation de produits radioactifs :*** |
| [ ]  Diagnostic[ ]  Thérapie en mode ambulatoire[ ]  Thérapie avec hospitalisation en chambre autorisée (le cas échéant, veuillez compléter le  point 4) |
| ***2.2. Utilisation des rayons X:*** |
| [ ]  SPECT-CT et/ou PET-CT  [ ]  Ostéodensitométrie |
|  |
| 1. **FORMATION Universitaire**
 |
| ***3.1. Diplôme de base en médecine*** |
| Université : Année : |
| ***3.2. Diplôme spécialisation médecine nucléaire*** |
| Université : Année : |
| ***3.3. Formation en radioprotection pour l’utilisation de produits radioactifs en médecine nucléaire (120h de théorie + 80h d’exercices pratiques)*** |
| Université : Année : |
| ***3.4. Formation en radioprotection pour l’utilisation des rayons X à des fins d’imagerie médicale[[3]](#footnote-3)*** |
| Université : Année : |

|  |
| --- |
| 1. **SERVICES AU SEIN DESQUELS VOUS SOUHAITEZ PRATIQUER LA THERAPIE METABOLIQUE AVEC HOSPITALISATION EN CHAMBRE autorisée**
 |
| ***4.1. Service 1*** |
| Nom :Adresse :Produit(s) radioactif(s) : [ ]  [131I]-NaI [ ]  [131I]-MIBG [ ]  [177Lu]-DOTATATE [ ]  [177Lu]-PSMA [ ]  [166Ho]-microsphèresNombre de jours/semaine dans ce service : |
| ***4.2. Service 2*** (le cas échéant) |
| Nom :Adresse :Produit(s) radioactif(s) : [ ]  [131I]-NaI [ ]  [131I]-MIBG [ ]  [177Lu]-DOTATATE [ ]  [177Lu]-PSMA [ ]  [166Ho]-microsphèresNombre de jours/semaine dans ce service : |
| ***4.3. Service 3*** (le cas échéant) |
| Nom :Adresse :Produit(s) radioactif(s) : [ ]  [131I]-NaI [ ]  [131I]-MIBG [ ]  [177Lu]-DOTATATE [ ]  [177Lu]-PSMA [ ]  [166Ho]-microsphèresNombre de jours/semaine dans ce service : |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Checklist ANNEXES**
 |
| Copie des certificats / certificats d’aptitude / attestations certifiant que vous avez suivi avec succès la (les) formation(s) en radioprotection (paragraphes 3.3. et 3.4. ou 3.5.) pour l’utilisation de [ ]  Produits radioactifs [ ]  Rayons X |
| Pour chaque type de thérapie avec hospitalisation en chambre autorisée que vous souhaitez pratiquer (point 4) :[ ]  Procédure clinique (SOP)[ ]  Instructions de radioprotection destinées au patient[ ]  Carte de sortieCes procédures cliniques et instructions destinées au patient doivent être personnalisées au niveau de l’hôpital et être conformes aux avis du Conseil supérieur de la Santé. Ces avis peuvent être consulté sur <https://afcn.fgov.be/fr/> > Professionnels > Professions médicales > Médecine nucléaire > Etudes et projets |
|  |
| Date et signature : |

1. La présente demande doit de préférence être complétée sous format électronique. [↑](#footnote-ref-1)
2. Le demandeur d’une nouvelle autorisation pour l’utilisation de produits radioactifs en médecine nucléaire doit payer une redevance unique. Lorsqu’elle reçoit la demande, l’Agence fait parvenir une facture au demandeur. Les factures sont uniquement adressées au nom du demandeur. Veuillez effectuer le paiement en utilisant le numéro de compte bancaire et en indiquant la communication structurée mentionnés sur la facture. [↑](#footnote-ref-2)
3. Le type de formation à suivre dépends des applications que vous désirez effectuer et dès lors de l’autorisation que vous devez obtenir. Plus d’information sur <https://afcn.fgov.be/fr/professionnels/professions-medicales/medecine-nucleaire/medecins-specialistes-en-medecine-0> [↑](#footnote-ref-3)