**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

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 : |