**Formulaire de notification d’une exposition accidentelle d’un enfant à naître à la suite d’une exposition médicale sous la responsabilité médicale   
d’un médecin spécialiste en médecine nucléaire**

**Ce formulaire doit uniquement être utilisé pour notifier à l’AFCN une** **exposition accidentelle impliquant un dépassement de la limite de dose d’1 mSv pour un enfant à naître lorsque la  
grossesse n’était pas connue du praticien   
au moment de l’exposition médicale de la femme enceinte.**

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 accidentelle** | |
| Nom : |  |
| Adresse : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements sur le service médical où s’est produit l’exposition accidentelle** | |
| 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** | | |
|  | | |
| Date de l’exposition accidentelle : |  | |
| Date de la constatation : |  | |
|  | | |
| 1. **Description de l’exposition accidentelle** | | |
| *Cette description peut éventuellement figurer dans une pièce jointe.*  *Référence de la pièce jointe :* | | |
|  | | |
| 1. **Type d’exposition médicale de la femme enceinte** | | |
|  | | |
| Diagnostic   * Produit radioactif administré : * Activité administrée : * Combiné avec CT? | OUI / NON | |
| Ostéodensitométrie |  | |
| Thérapie métabolique   * Produit radioactif administré : * Activité administrée : |  | |
| Radio embolisation   * Produit radioactif administré : * Activité administrée : |  | |
|  |  | |
| 1. **Stade de la grossesse et calcul de la dose** | | |
|  | | |
| Stade de la grossesse au moment de l’exposition : | | |
| Stade de la grossesse déterminé par | échographie (de préférence)  dernière menstruation  autre : | |
|  | | |
| Dose reçue par l’enfant à naître à la suite de: | | |
| * l’administration du produit radioactif : * l’exposition à des rayons X (CT ou ostéodensitométrie): | |  |
| Dose totale reçue par l’enfant à naître : | | |
| *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 cette exposition accidentelle** | | |
|  | | |
| 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 de la femme enceinte et des professionnels de la santé** | |
|  | |
| La femme enceinte a été informée des risques que comporte cette exposition accidentelle | 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 à la femme enceinte | OUI / NON |
| Les personnes suivantes ont été informées de cette exposition accidentelle :   * le médecin référent de la femme enceinte * le gynécologue de la femme enceinte * le médecin généraliste de la femme enceinte | OUI / NON  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 de la femme enceinte * le gynécologue de la femme enceinte * le médecin généraliste de la femme enceinte | OUI / NON  OUI / NON  OUI / NON |
| Cette exposition accidentelle a été enregistrée dans le système de notification et d’apprentissage de l’hôpital | OUI / NON |
| Cette exposition accidentelle a également été notifiée aux autres instances suivantes : | |