|  |
| --- |
| Département Santé et EnvironnementService Protection de la Santé |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE[[1]](#footnote-1)de modification d’une autorisation personnelle****D’utilisATION de produits radioactifsdans le cadre de LA MÉDECINE NUCLÉAIRE[[2]](#footnote-2)****(Article 82 de l’arrêté expositions médicales)** |
| 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 :*** |
| Applications que vous désirez (continuer à) utiliser :[ ]  Diagnostic[ ]  Thérapie en mode ambulatoire[ ]  Thérapie avec hospitalisation en chambre autorisée (le cas échéant, veuillez compléter le  point 3.) |
| ***2.2. Utilisation des rayons X:*** |
| Applications que vous désirez (continuer à) utiliser :[ ]  SPECT-CT et/ou PET-CT  [ ]  Ostéodensitométrie |
|  |
| 1. **SERVICES AU SEIN DESQUELS VOUS SOUHAITEZ PRATIQUER LA THERAPIE AVEC HOSPITALISATION EN CHAMBRE autorisée**
 |
| ***3.1. Service 1*** |
| Nom :Adresse :Produit(s) radioactif(s) : [ ]  [131I]-NaI [ ]  [131I]-MIBG [ ]  [177Lu]-DOTATATE [ ]  [177Lu]-PSMA [ ]  [166Ho]-microsphèresNombre de jours/semaine dans ce service : |
| ***3.2. 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 : |
| ***3.3. 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**
 |
| Pour chaque type de thérapie avec hospitalisation en chambre autorisée que vous souhaitez pratiquer (point 3) :[ ]  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. La demande d’une modification d’une autorisation d’utilisation des produits radioactifs dans la médecine nucléaire est soumise au paiement d’une redevance ponctuelle. L’Agence envoie au demandeur une note de débit après réception de la demande. Il n’y aura plus d’envoi de note de débit aux institutions, mais uniquement au demandeur même. Le paiement doit être fait sur le numéro de compte avec mention de la communication indiquée sur la note de débit. [↑](#footnote-ref-2)