|  |
| --- |
| Département Santé et Environnement  Service Protection de la Santé |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE[[1]](#footnote-1) D’UNE  prolongation d’AUTORISATION(s) personnelle(s)  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’ARRêTé 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 vous désirez rester AUTORISer** |
| ***2.1. Utilisation de produits radioactifs en médecine nucléaire:*** |
| 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  l’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]- microsphères  Nombre 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]- microsphères  Nombre 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]- microsphères  Nombre de jours/semaine dans ce service : |
| 1. **Formation continue en radioprotection du patient et des personnes de son entourage direct** |
| Veuillez nous fournir une preuve de présence à tous les congrès, séminaires, workshops, réunions de groupes GLEM, … concernant la radioprotection du patient et des personnes dans son entourage direct lors de l’utilisation en médecine nucléaire[[3]](#footnote-3)   * des produits radioactifs et/ou * des rayons X   auxquels vous avez participé pendant la durée de votre/vos autorisation(s) actuelle(s). |
|  |
| 1. **Checklist ANNEXES** |
| La liste des activités suivies dans le cadre de l’accréditation INAMI (le cas échéant) |
| Une preuve de présence aux différentes activités suivies de formation continue en radioprotection du patient et des personnes dans son entourage direct lors de l’utilisation en médecine nucléaire  de produits radioactifs3 et/ou  de rayons X3. |
| 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 sortie  Ces 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 prolongation d’une 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. En fonction de(s) autorisation(s) que vous souhaitez prolonger [↑](#footnote-ref-3)