|  |
| --- |
| Département Santé et Environnement  Service 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  PAR DES MEDECINS SPECIALISTES EN MEDECINE NUCLEAIRE[[2]](#footnote-2) (Art 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 métabolique en mode ambulatoire  Thérapie métabolique avec hospitalisation en chambre blindée (veuillez compléter le point 5) |
| ***2.2. Utilisation des rayons X[[3]](#footnote-3):*** |
| SPECT-CT et/ou PET-CT : le cas échéant, veuillez compléter le point 3.4.  Ostéodensitométrie : le cas échéant, veuillez compléter le point 3.5. |
|  |
| 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*** |
| **Formation de base (120h de théorie + 80h d’exercices pratiques)****:**  Université :  Année : |

|  |
| --- |
| ***3.4. Formation en radioprotection pour l’utilisation de la technique SPECT-CT et/ou PET-CT en médecine nucléaire3: une des deux formations suffit*** |
| **Formation de base (8h de théorie + 2h d’exercices pratiques):**  Université :  Année :  **Formation de base (45h de théorie + 30h d’exercices pratiques):**  Université :  Année : |
| ***3.5. Formation en radioprotection pour la pratique de l’ostéodensitométrie sans application de la technique SPECT-CT et/ou PET-CT*** |
| **Formation de base (8h):**  Université :  Année : |
|  |
| 1. **AGREMENT DE MEDECIN SPECIALISTE EN MEDECINE NUCLEAIRE[[4]](#footnote-4)**   Date : |
|  |
| 1. **SERVICES AU SEIN DESQUELS VOUS SOUHAITEZ PRATIQUER LA THERAPIE METABOLIQUE AVEC HOSPITALISATION EN CHAMBRE BLINDEE** |
| ***5.1. Service 1*** |
| Nom :  Adresse :  Produit(s) radioactif(s) :  I-131  I-131-MIBG autres :  Nombre de jours/semaine dans ce service : |
| ***5.2. Service 2*** (le cas échéant) |
| Nom :  Adresse :  Produit(s) radioactif(s) :  I-131  I-131-MIBG autres :  Nombre de jours/semaine dans ce service : |

|  |
| --- |
| ***5.3. Service 3*** (le cas échéant) |
| Nom :  Adresse :  Produit(s) radioactif(s) :  I-131  I-131-MIBG autres :  Nombre de jours/semaine dans ce service : |
|  |
| 1. **Checklist ANNEXES** |
| Copie de l’agrément de médecin spécialiste en médecine nucléaire (si déjà reçu) |
| 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 ou la pratique  de produits radioactifs  de la technique SPECT-CT ou PET/CT  de la densitométrie osseuse sans application de la technique SPECT-CT ou PET-CT |
| Pour chaque type de thérapie métabolique avec hospitalisation en chambre blindée que vous souhaitez pratiquer (point 5) :  Procédure clinique (SOP)  Instructions de radioprotection destinées au patient  Ces procédures cliniques et instructions destinées au patient doivent être personnalisées au niveau de l’hôpital et être conformes aux « Recommandations en matière de thérapie au moyen de radionucléides sous forme non scellée » du Conseil supérieur de la Santé. Ce document peut 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. Pour pouvoir appliquer la technique SPECT-CT ou PET-CT, vous devez posséder une autorisation individuelle pour « l'utilisation des rayons X par des médecins spécialistes à des fins d'imagerie médicale en médecine nucléaire » (10h de formation) ou une autorisation individuelle pour « l'utilisation des rayons X en imagerie médicale » (75h de formation). Si vous possédez une des deux autorisations, vous êtes également automatiquement autorisé à pratiquer l'ostéodensitométrie et il n'est plus nécessaire de solliciter une autorisation spécifique pour l'ostéodensitométrie.

   Désormais, une autorisation pour l'utilisation des rayons X en imagerie médicale limitée à l'ostéodensitométrie ne doit être sollicitée que si vous pratiquez exclusivement l’ostéodensitométrie sans appliquer la technique SPECT-CT ou PET-CT. [↑](#footnote-ref-3)
4. Vous pouvez déjà introduire votre demande avant la réception de cet agrément. [↑](#footnote-ref-4)