|  |
| --- |
| 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 non scellÉs en radiothÉrapie[[2]](#footnote-2) (Art 80 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 non scellés en radiothérapie:*** |
| Applications que vous désirez (continuer à) utiliser :  Thérapie ambulatoire  Thérapie avec hospitalisation en chambre blindée autorisée (si oui, veuillez compléter le point 3.) |
|  |
| 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 de produits radioactifs non scellés en radiothérapie 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 de produits radioactifs non scellés en radiothérapie. |
| 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 « 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 > Instructions écrites, carte de sortie et période de précaution après traitement par un produit radioactif |
|  |
| Date et signature : |

1. La présente demande doit de préférence être complétée sous format électronique. [↑](#footnote-ref-1)
2. La demande d’une prolongation d’une autorisation d’utilisation des produits radioactifs non scellés en radiothérapie 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)