**Formulaire de notification sur base** **volontaire à l’AFCN d’une exposition accidentelle ou non intentionnelle impliquant une personne   
subissant une exposition médicale**

**Ce formulaire doit uniquement être utilisé pour notifier sur base volontaire à l’AFCN   
une exposition accidentelle ou non intentionnelle impliquant un patient ou un volontaire d’une étude clinique ou leur enfant à naître, ne répondant pas à un des critères de notification obligatoire à l’AFCN** **mais qui a un intérêt potentiel de l'information pour les autres centres, dans une optique de prévention et de partage d'expérience.**

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 ou non intentionnelle** | |
| Nom : |  |
| Adresse : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements sur le service médical où s’est produit l’exposition accidentelle ou non intentionnelle** | |
| 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 ou non intentionnelle** | | | | | |
|  | | | | | |
| Date de l’exposition accidentelle ou non intentionnelle : |  | | | | |
| Date de la constatation : |  | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Courte description de l’exposition accidentelle ou non intentionnelle (vous pouvez cocher plusieurs options)** | | | | | |
| mauvais patient (applications diagnostiques)  mauvais produit radiopharmaceutique  activité administrée dévie significativement de l’activité intentionnée (applications diagnostiques)  mauvais paramètres de l’appareil  dose pour l’enfant à naître qui est significativement plus élevée que intentionnée lors d’une exposition médicale d’une femme enceinte lorsque la grossesse était connue du nucléariste au moment de l’exposition médicale  autre : | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Description détaillée de l’exposition accidentelle ou non intentionnelle** | | | | | |
| *Cette description peut éventuellement figurer dans une pièce jointe.*  *Référence de la pièce jointe :* | | | | | |
| 1. **Type d’exposition médicale** | | | | | |
|  | | | | | |
| □ Diagnostic   * Produit radioactif administré: * Activité administrée: * Combiné avec CT? | | OUI / NON | | | |
| □ Thérapie métabolique   * Produit radioactif administré: * Activité administrée: | |  | | | |
| □ Radio embolisation   * Produit radioactif administré: * Activité administrée: | |  | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Calcul de la dose au patient/volontaire/enfant à naître** | | | | | |
|  | | | | | |
| Un calcul de la dose a-t-il été effectué ? | | | | | OUI / NON |
| Dose calculée à la suite de: | | | | | |
| * l’administration du produit radioactif : * l’exposition à des rayons X : | | |  | | |
| Dose totale calculée: | | | | | |
| *Ce calcul de la dose est fait par un expert agréé en radiophysique médicale.*  *Veuillez joindre le rapport de l’expert agréé en radiophysique médicale.*  *Référence de la pièce jointe :* | | | | | |
| **Analyse de la cause/des causes** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 1. **Personnes impliquées dans l’analyse de cette exposition accidentelle ou non intentionnelle** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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 du patient/volontaire et ses professionnels de la santé** | |
|  | |
| Le patient/volontaire a été informé des risques que comporte cette exposition accidentelle ou non intentionnelle: | 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 au patient/volontaire : | OUI / NON |
| Les personnes suivantes ont été informées de cette exposition accidentelle ou non intentionnelle:   * le médecin référent du patient/volontaire * le médecin généraliste du patient/volontaire * si un enfant à naître est impliqué : le gynécologue 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 médecin généraliste de la femme enceinte * si un enfant à naître est impliqué : le gynécologue de la femme enceinte | OUI / NON  OUI / NON  OUI / NON |
| Cette exposition accidentelle ou non intentionnelle a été enregistrée dans le système de notification et d’apprentissage de l’hôpital : | OUI / NON |
| Cette exposition accidentelle ou non intentionnelle a également été notifiée aux autres instances suivantes : | |