**Formulaire de notification d’une exposition accidentelle d’un enfant à naître à la suite d’une exposition médicale sous la responsabilité médicale
d’un médecin spécialiste en radiothérapie**

**Ce formulaire doit uniquement être utilisé pour notifier à l’AFCN une** **exposition accidentelle impliquant un dépassement de la limite de dose d’1 mSv pour un enfant à naître lorsque la grossesse n’était pas connue du praticien
au moment de l’exposition médicale de la femme enceinte.**

Veuillez renvoyer ce formulaire à l’adresse 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**  |
| Nom : |  |
| Adresse : |  |

|  |
| --- |
| **Renseignements sur le service médical où s’est produit l’exposition accidentelle**  |
| 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**  |
|  |
| Date de l’exposition accidentelle : |  |
| Date de la constatation : |  |
|  |
| 1. **Description de l’exposition accidentelle**
 |
| *Cette description peut éventuellement figurer dans une pièce jointe.**Référence de la pièce jointe :* |
|  |
| 1. **Type d’exposition médicale de la femme enceinte**
 |
|  |
| □ Radiothérapie externe |   |
| □ Curiethérapie |  |
| □ Thérapie métabolique * Produit radioactif administré :
* Activité administrée :
 |  |
| □ Radio embolisation * Produit radioactif administré :
* Activité administrée :
 |  |
|  |
| 1. **Stade de la grossesse et calcul de la dose**
 |
|  |
| Stade de la grossesse au moment de l’exposition médicale : |
| Stade de la grossesse déterminé par  | □ échographie (de préférence)□ dernière menstruation□ autre : |
|  |
| Dose reçue par l’enfant à naître à la suite de: |
| * l’exposition à des rayons ionisants (thérapie) :
* l’exposition à des rayons ionisants (imagerie médicale) :
* l’administration du produit radioactif :
 |  |
| Dose totale reçue par l’enfant à naître : |
| *Ce calcul de la dose est fait par un expert agréé en radiophysique médicale.**Veuillez joindre son rapport concernant le calcul de la dose.**Référence de la pièce jointe :* |

|  |
| --- |
| **Analyse de la cause/des causes** |
|  |
| 1. **Personnes impliquées dans l’analyse de cette exposition accidentelle**
 |
|  |
| 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 radiothérapie | OUI / NON  | Nom : |
| Expert agréé en radiophysique médicale, domaine de compétence radiologie | OUI / NON  | Nom : |
| Expert agréé en radiophysique médicale, domaine de compétence médecine nucléaire | 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 de la femme enceinte et des professionnels de la santé** |
|  |
| La femme enceinte a été informée des risques que comporte cette exposition accidentelle | 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 à la femme enceinte | OUI / NON |
| Les personnes suivantes ont été informées de cette exposition accidentelle :* le médecin référent de la femme enceinte
* le gynécologue de la femme enceinte
* le médecin généraliste de la femme enceinte
 | OUI / NONOUI / NONOUI / 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 gynécologue de la femme enceinte
* le médecin généraliste de la femme enceinte
 | OUI / NONOUI / NONOUI / NON |
| Cette exposition accidentelle a été enregistrée dans le système de notification et d’apprentissage de l’hôpital | OUI / NON |
| Cette exposition accidentelle a également été notifiée aux autres instances suivantes : |