

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT

### FICHE D'IDENTIFICATION D'UNE UNITE DE MAMMOGRAPHIE

**Coordonnées qui figureront sur la liste des unités publiée mensuellement et jointe aux invitations :**

**Dénomination** : .....

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone pour la prise de rendez-vous : .....

Jours d'ouverture : .....

Heures d'ouverture : .....

N° d'entreprise (BCE) : .....

Fax : .....

E-mail : .....

Site web : .....

**Si les coordonnées pour le courrier sont différentes de celles du lieu où les mammothests sont réalisés, veuillez les renseigner ci-dessous.**

Dénomination : .....

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

**Médecin responsable de l'unité (en MAJUSCULES) : Dr** .....

N° Inami : .....

**Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

**Cachet et signature du médecin responsable de l'unité**

Fait le : ..... à : .....



## ENGAGEMENTS

### Le responsable de l'unité s'engage au nom de l'ensemble de son équipe à :

- Satisfaire aux normes médico-radiologiques ; .....
- Respecter l'ensemble des dispositions applicables au programme de médecine préventive cancer du sein ; .....
- Fixer, dans la mesure du possible, un rendez-vous aux personnes souhaitant bénéficier d'un mammotest dans le cadre du programme de médecine préventive cancer du sein, dans un délai maximum d'un mois à partir de la demande ; .....
- Transmettre au centre d'opérationnalisation en médecine préventive (CCRef) les éléments énumérés à l'article 38 par voie électronique sécurisée via une connexion à haut débit ; .....
- Promouvoir le programme cancer du sein auprès des femmes ; .....
- Ne pas diffuser, par quelque moyen que ce soit ou à qui que ce soit, à l'exception du centre d'opérationnalisation en médecine préventive (CCRef), le résultat de la première lecture d'un mammotest et ne réaliser aucun examen complémentaire avant la double lecture ; .....
- Appliquer la politique du tiers payant ; .....
- Informer immédiatement l'Agence et le CCRef de toute modification dans les installations ou dans la composition du personnel ; .....
- Disposer de locaux spécialement aménagés pour être accessibles aux personnes à mobilité réduite ; .....
- Se soumettre au test d'acceptation visé à l'article 55<sup>1</sup> ; .....
- Se soumettre aux tests annuels visés à l'article 56 ; .....
- Se soumettre aux tests semestriels visés à l'article 57 ; .....
- Organiser les tests hebdomadaires et journaliers visés à l'article 58 ; .....
- Se soumettre à l'évaluation initiale du respect des normes médico-radiologiques dans les 6 mois de l'octroi de l'agrément de l'unité (Art. 62) .....

### Cachet et signature du médecin responsable de l'unité

Fait le : ..... à : .....

<sup>1</sup> Pour tous les Articles, voir sur [https://www.ccref.org/pdf/AGW\\_Cancers.pdf](https://www.ccref.org/pdf/AGW_Cancers.pdf)

## INVENTAIRE DE L'INSTALLATION

**Doit figurer dans cet inventaire le matériel qui sera utilisé pour réaliser et lire les mammothests.**

Si plusieurs mammographes/consolles/écrans seront utilisés pour réaliser/lire les mammothests, vous devez tous les renseigner sur base du modèle ci-dessous.

### **Mammographe :**

Marque : .....

Modèle : .....

N° de série : .....

Type de tube (+ n° de série) : .....

Date de la **1<sup>e</sup> mise en service** (si le matériel n'était pas neuf lorsqu'il a été installé dans cette unité) : .....

Date de la **mise en service dans l'unité** : .....

Le mammographe dispose d'un grand bucky :                    **oui**                    **NON** (cocher la mention utile)

### **Console diagnostique :**

Marque : .....

Modèle : .....

N° de série : .....

Date de la **1<sup>e</sup> mise en service** (si le matériel n'était pas neuf lorsqu'il a été installé dans cette unité) : .....

Date de la **mise en service dans l'unité** : .....

### **Ecrans**

Marque : .....

Modèle : .....

N° de série : .....

MP (mégapixel) : .....

Date de la **1<sup>e</sup> mise en service** (si le matériel n'était pas neuf lorsqu'il a été installé dans cette unité) : .....

Date de la **mise en service dans l'unité** : .....

**Le mammographe permet de réaliser des clichés chez une personne en chaise roulante :**

**oui**                    **non**                    (cocher la mention utile)

### **Cachet et signature du médecin responsable de l'unité**

Fait le : ..... à : .....

**LISTE DES RADIOLOGUES qui réaliseront les premières lectures**

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

N° INAMI : .....

**Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

N° INAMI : .....

**Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

N° INAMI : .....

**Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

N° INAMI : .....

**Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

N° INAMI : .....

**Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

N° INAMI : .....

**Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

**Cachet et signature du médecin responsable de l'unité**

Fait le : ..... à : .....

**LISTE DES TECHNOLOGUES qui réaliseront les Mammotests**

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Cachet et signature du médecin responsable de l'unité**

Fait le : ..... à : .....

## Fiche pour renseigner un.e NOUVEAU/NOUVELLE TECHNOLOGUE

Les documents à compléter et à annexer sont :

- 1° cette **fiche d'identification** du (de la) nouveau (nouvelle) technologue ;
- 2° un **curriculum vitae** actualisé ;
- 3° l'**attestation d'agrément** de technologue en imagerie médicale (ou de la dérogation) obtenu auprès de la Communauté française ;
- 4° **le visa** délivrée par le SPF santé publique et donnant accès à la profession. En cas de dérogation, un certificat de radioprotection est également demandé.  
Pour les infirmiers/ières, une copie de leur diplôme et du certificat de radioprotection.

A chaque changement de technologue, il y a lieu de remplir cette fiche à introduire par courriel à l'Agence ([agrementdepistage@aviq.be](mailto:agrementdepistage@aviq.be)) et au centre d'opérationnalisation en médecine préventive (CCRef) ([agreements@ccref.org](mailto:agreements@ccref.org)) par le responsable de l'unité de mammographie.

**Dénomination de l'unité** (en MAJUSCULES) : .....

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Médecin responsable : .....

**Nom et prénom technologue** (en MAJUSCULES) : .....

E-mail : .....

**Cachet et signature du médecin responsable de l'unité**

Fait le : ..... à : .....

## Fiche pour renseigner un.e NOUVEAU/NOUVELLE RADIOLOGUE

Les documents à compléter et à annexer sont :

- 1° cette **fiche d'identification** du nouveau 1<sup>er</sup> lecteur ;
- 2° un **curriculum vitae** actualisé attestant de sa formation et de son activité en sénologie ;
- 3° trois **attestations de participation à des activités en formation continuée** en imagerie du sein sur les 5 dernières années ;  
(NB : Pour les radiologues récemment sortis de spécialisation, les trois attestations ne sont pas obligatoires. Néanmoins, une attestation de formation continuée en imagerie du sein sera demandée courant de l'année)

A chaque changement de radiologue, il y a lieu de remplir cette fiche et de l'introduire par courriel à l'Agence ([agrementdepistage@aviq.be](mailto:agrementdepistage@aviq.be)) et au centre d'opérationnalisation en médecine préventive (CCRef) ([agreements@ccref.org](mailto:agreements@ccref.org)) par le responsable de l'unité de mammographie.

**Dénomination de l'unité** (en MAJUSCULES) : .....

Médecin responsable : .....

### **Nouveau premier lecteur :**

**Nom et prénom** (en MAJUSCULES) : Dr .....

N° INAMI : .....

### **Adresse Privée**

Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... GSM : .....

E-mail : .....

Ce radiologue est-il déjà reconnu 1<sup>er</sup> lecteur dans une autre unité de mammographie agréée ?

**OUI**

**NON (cocher la mention utile)**

Si OUI : indiquer dans quelle unité agréée :

**Unité n°** : .....

**Dénomination** : .....

### **Cachet et signature du médecin responsable de l'unité**

Fait le : ..... à : .....