 **RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION**

**DE L’ACTIVITE DE SOINS DE TRAITEMENT DU CANCER**

**PAR LA PRATIQUE THERAPEUTIQUE : UTILISATION THERAPEUTIQUE DE RADIOELEMENTS EN SOURCES NON SCELLEES**

## DOSSIER D’EVALUATION COMPLEMENTAIRE AU DOSSIER TRONC COMMUN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entité juridique :** | |  |  |  |  |  | **Sites géographiques :** | |  |  |
|  | Nom | XX |  |  |  |  |  | Nom | XX |  |
|  | Adresse | XX |  |  |  |  |  | Adresse | XX |  |
|  | Représentant légal | XX |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Référent administratif à contacter au sein de l’établissement pour toutes questions complémentaires sur ce dossier**

**Nom : ………………………………………………………………………………………………………………..**

**Courriel : ……………………………………………………………………………………………………………**

**Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Mise en œuvre de l’autorisation**
   * La modalité de traitement par utilisation des radioéléments en source non scellées a-t-elle été mise en œuvre Oui  Non
   * Si oui quels sont les de radioéléments concernés ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + Si la modalité de traitement  n’a pas été totalement mise en œuvre, quels en sont les motifs ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### ASN

### Nom du titulaire de l’autorisation ASN à détenir et à utiliser les radioéléments en source non scellées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Date** | **Libellé** |
|  |  |  |

* + Fournir le N° d’agrément et l’autorisation de détenir et d’utiliser les radioéléments en sources non scellées
  + Joindre le dernier rapport
  + Réponse apportée par l’établissement aux éventuelles remarques

### Pour cette activité, préciser les pathologies principales prises en charge :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pathologies d’organe concernées** | **2015** | **2016** | **2017** | **Moyenne de ces trois années** | **Activité prévisionnelle 2018** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### Modifications significatives depuis le dernier renouvellement ou la première autorisation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON | Précisions |
| Locaux (préciser) |  |  |  |
| Personnel médical (préciser) : |  |  |  |
| Personnel paramédical (préciser) : |  |  |  |
| Equipements (préciser): |  |  |  |
| Conventions (préciser) : |  |  |  |
| Organisation de la prise en charge (préciser) |  |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |  |

***NB : à la date de renseignement du dossier***

### Personnels médicaux

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM/Prénom** | **Qualification** | **ETP** | **N° RPPS** |
|  |  |  |  |

### Personnels paramédicaux

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP** |
| IDE |  |  |
| Radiophysiciens |  |  |
| Manipulateurs |  |  |
| PCR |  |  |
| autres |  |  |