

Annexe 84

FORMULAIRE POUR NOTIFICATION, OU RENOUELEMENT DE NOTIFICATION DES DONNEES CONCERNANT LE CONEBEAM CT (CBCT), article 17, § 1^{er}, 11^o ter.

Chaque Conebeam CT qui est présent dans l'établissement et qui est utilisé pour l'attestation des prestations figurant dans l'article 17, § 1^{er}, 11^oter, de la nomenclature des prestations de santé, doit être enregistré à l'INAMI au moyen du présent formulaire. Le présent formulaire doit être établi par appareil et transmis pour enregistrement.

Toute modification apportée à l'une des données ci-dessous doit être signalée à l'INAMI comme un renouvellement d'enregistrement.

Les données enregistrées peuvent être confrontées aux données disponibles auprès de l'AFCN. En cas de constatation de non-conformité à la réglementation-RGPRI, l'intervention pour les prestations figurant dans l'article 17, § 1^{er}, 11^oter, de la nomenclature des prestations de santé est supprimée

Indiquer par une croix s'il s'agit d'une notification ou d'un renouvellement de notification :

Notification

Renouvellement de notification (en cas de changement des données communiquées préalablement)

1. Déclaration concernant le Conebeam CT.

Je, soussigné(e)en qualité de
..... (Numéro national) déclare qu'un appareil Conebeam CT
a été mis en service à l'adresse d'exploitation ci-dessous..

Marque / type d'appareil:
Numéro de série de l'appareil à rayons:
Service ou l'appareil est installé (adresse):

L'appareil et le local satisfont aux critères en matière de contrôle physique (art. 23 RGPRI) et les critères d'acceptabilité (radiophysique médicale) (art. 51.6.5. RGPRI).

Indiquer par une croix s'il s'agit d'un Conebeam CT:
° comptable avec DICOM (« DICOM Conformance Statement »);
° qui permet une imagerie haute résolution (au moins 150-250 µm).

2. Données d'identification du Conebeam CT.

Référence de l'autorisation de création et d'exploitation AFCN (art. 5.1 RGPRI):

3. Données d'identification du chef de Service ou le Conebeam CT est utilisé:

Nom + prénom:
Numéro INAMI:

Veuillez renvoyer le présent formulaire par recommandé à l'adresse suivante :

INAMI
Service Soins de Santé
A l'attention du Fonctionnaire dirigeant
Avenue de Tervueren, 211
1150 BRUXELLES

EXPLOITANT

Nom, prénom :

(Signature)

Date :