

**Édifice Murray**

***Vérifications du responsable administratif en préparation de la visite***

***Veuillez retourner à : cecr.chus@ssss.gouv.qc.ca***

|  |
| --- |
| **Information requise** |
| **Nom de l’établissement à visiter :** |       |
| **Coordonnées du radiologiste local désigné pour la visite (nom, # tél.) :** |       |
| **Coordonnées du technologue local désigné pour la visite (nom, # tél.) :** |       |
| **Coordonnées de l’administrateur PACS désigné pour la visite (nom, # tél.) :** |       |
| **Coordonnées du responsable de la radioprotection en imagerie médicale (nom, # tél.) :** |       |
| **Coordonnées du physicien ou ingénieur en imagerie médicale (nom, # tél.) :** |       |
| **Numéro d’inventaire national du tomodensitomètre visité (actifs + réseau) :** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la personne qui a rempli ce formulaire :** |       |
| **Numéro de téléphone :** |       |
| **Date :** |       |

**☞ Veuillez vous assurer que les éléments listés dans le tableau suivant seront tous disponibles lors de la visite.**

|  |
| --- |
| **Voici nos besoins durant la visite de 2 jours :** |
|  | **Confirmation** | **Commentaires si nécessaire** |
| **- Console diagnostique :**  | [ ]  |       |
| **- Console de visualisation :** | [ ]  |       |
| **- Console d’opération du CT :** | [ ]  |       |
| **- Local pour 6 personnes pouvant être barré à clé :*****(réunion de travail et entreposage des effets personnels)***  | [ ]  |       |
| **- Accès au RTSS ou à Internet :** | [ ]   |       |
| **- Clé ou carte d'accès pour la salle de tomodensitométrie :** | [ ]  |       |
| **- Mot de passe pour accès à la console du tomodensitomètre (TDM) :** | [ ]  |       |
| **- Accès au mode service sur le TDM :** | [ ]  |       |
| **- Accès à la procédure permettant d’extraire de la console du TDM, les paramètres des protocoles programmés :** | [ ]  |       |
| **- 2 comptes PACS avec accès à la « fenêtre de service » :*****(réf. IMPAX de Agfa) ou l'équivalent*** **(*nous avons besoin d’avoir accès aux en-têtes DICOM des images)*** | [ ]  |       |
| **- Accès à l’identifiant de l’appareil sur le réseau (AE Title) pour cibler la salle d’examen :** | [ ]  |       |
| **- Identification du tag DICOM permettant de confirmer le mode d’acquisition (axial ou hélicoïdal) :** | [ ]  | # DICOM       |
| **- un compte patient virtuel (nommé CECR-QA ) :*****(pour entreposer et faire des contrôles de qualité; il sera à conserver après notre départ pour les futurs contrôles de qualité)*** | [ ]  |       |
| **- Accès à 30 cas cliniques adultes\* récents :*****(10 têtes standards, 10 thorax standards, 10 abdomen-pelvis standards)* \*\*\* *Veuillez vous assurer que le rapport de doses associé à chacun des cas est transféré au PACS avec l'examen.*** | [ ]  |       |
| **- Accès à 15 cas cliniques enfants\* (0-12 ans) récents :*****(5 têtes standards, 5 thorax standards, 5 abdomen-pelvis standards)* \*\*\* *Veuillez vous assurer que le rapport de dose associé à chacun des cas est transféré au PACS avec l'examen.*** | [ ]  |       |
| **- 12 essais cliniques avec patients dès 10 h la 2e journée *(4 têtes standards, 4 thorax standards, 4 abdomen-pelvis standards)* – alterner si possible les essais têtes–thorax–abdomen-pelvis.** **\*\*\* *Si possible, planifier des cas cliniques de patients ayant eu des examens antérieurs en tomodensitométrie afin de pouvoir comparer les examens.*** | [ ]  |       |
| **- Accès au technologue en am la 1ère journée et toute la 2e journée\*\* :** | [ ]  |       |
| **- Accès au radiologiste en am la 1ère journée et toute la 2e journée\*\* :** | [ ]  |       |
| **- Accès à l'administrateur PACS en am la 1ère journée\*\* :** | [ ]  |       |
| **- Copie du dernier relevé dosimétrique :** | [ ]  |       |
| **- Procédure d’utilisation des caches au bismuth :** | [ ]  |       |

***\* Veuillez vous assurer que ces cas seront disponibles sur la console du technologue pendant toute la durée de la visite.***

***\*\* Pour consulter la planification horaire détaillée de ces journées de visite, veuillez vous référer au document « Planification horaire de la visite» sur la page Internet du CECR (voir coordonnées à la fin de ce document).***

\*\*\* ***Examen standard simple, non jumelé à un autre.***

|  |
| --- |
| **Informations générales** |
| **Nombre de tomodensitomètre à cette adresse** |
|  | **Radiologie:** |       |
| **Radio-oncologie:** |       |
| **Médecine nucléaire:** |       |
| **Technologues en imagerie médicale** |
|  | **Nombre de technologues habituellement présents dans le département:** |       |
| **Nombre total de technologues travaillant au tomodensitomètre:** |       |
| **Nombre total de technologues travaillant au département:** |       |
| **Poste de coordonnateur en tomodensitométrie (Oui (O) /Non (N)):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Radiologistes** |
|  | **Nombre de radiologistes travaillant sur place:** |       |
| **Nombre de radiologistes itinérants:** |       |
| **Nombre de radiologistes analysant les cas de tomodensitométrie:** |       |
| **Nombre de radiologistes faisant de la lecture à distance en tomodensitométrie: *(exemple: envoi des images dans un autre établissement où un radiologiste y effectue la lecture des images)*** |       |
|  | **Spécialités des radiologistes :** |       |

|  |
| --- |
| **Radioprotection & Contrôle de qualité** |
| **Responsable de la radioprotection pour l'établissement (O/N) :** | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | Si oui, nom et coordonnées: |       |
| **Responsable de la radioprotection pour l’imagerie médicale (O/N) :** | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | Si oui, nom et coordonnées: |       |
| **Dosimètres** |
|  | **Port du dosimètre (O/N & détaillez si pertinent) :** | Oui [ ]  Non [ ]        |
| **Vêtements protecteurs et caches** |
|  | **Variété disponible:** |       |
| **Accessibilité:** |       |
| **État actuel:** |       |
| **Utilisation en tomodensitométrie lors des cas:** |       |
| **Fantôme du manufacturier** |
|  | **Disponibilité:** |       |
| **Accessibilité:** |       |
| **État actuel:** |       |
| **Fréquence d'utilisation:** |       |
| **Raison de l'utilisation:** |       |
| **Protocole de contrôle de la qualité du manufacturier** |
|  | **Disponibilité (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Respect de la procédure (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Méthode de suivi des correctifs en place (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Entretien préventif (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Code de sécurité 35 Québec - Module tomodensitométrie** |
|  | **Existence connu (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Contenu connu (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **"Section technologue" appliquée dans l'établissement (O/N) :** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Questions particulières du technologue par rapport à son application?** |       |
| **Autre protocole de contrôle de la qualité appliqué par l'établissement** |
|  | **Existence (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Si oui, provenance:** |       |
| **Si oui, comparaison du contenu p/r au Code 35 Québec:** |       |
| **Autres aspects pertinents:** |
|  | **a)** |       |
| **b)** |       |
| **c)** |       |

|  |
| --- |
| **Pour ce tomodensitomètre** |
| **Utilisation de l'appareil** |
|  | **Nombre de cas par jour:** |       |
| **Nombre d'heures de fonctionnement par jour:** |       |
| **Nombre de jours de fonctionnement par semaine:** |       |
| **Type de clientèle (indiquez O/N et %)** |
|  | **0-5 ans :** |       |       |  |
| **5-12 ans:** |       |       |
| **12-18 ans:** |       |       |
| **18 à 65 ans :** |       |       |
| **65 ans et +:** |       |       |
| **Autre (précisez):** |       |       |       |
| **Protocoles en place** |
|  | **L'origine des protocoles en place *(exemple: protocoles recommandés par manufacturier à l'installation, il y a 5 ans) :*** |       |
| **Protocoles spécifiques à cet équipement ou uniformisés:** |       |
|  | **La flexibilité des protocoles en place:** |
|  | **Est-ce que le même protocole est appliqué à chaque patient sans distinction?** |       |
|  | **Est-ce qu'on fait varier certains paramètres selon l'individu examiné et la pathologie recherchée? *(i.e. haut contraste, tissus mou, longueur d'exploration raccourcie au besoin, etc.)*** |       |
|  | **Est-ce qu'il y a une révision des protocoles dans un souci de réduction de doses?** | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **Si oui, à quelle fréquence?** |       |
|  | **Si oui, selon quelle méthodologie ?*****(i.e. informelle entre un technologue et un radiologiste, formelle avec accord du chef radiologiste et/ou tous les radiologistes de l'équipe, etc.)*** |       |
|  | **Si oui, est-ce documenté?** |       |

|  |
| --- |
| **Questions pour le radiologiste local désigné pour la visite** |
| **Utilisez-vous des protocoles « faible dose »?**  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **Si oui, pour quel type d’examen?** |       |
|  | **Si ce n’est pas le cas, seriez-vous intéressé à en développer et en utiliser?** |       |
| **Quels sont les aspects de vos images que vous appréciez le moins?**  |       |
|  | **Pour quels protocoles en particulier?** |       |
| **Est-ce que vous aimeriez que le CECR se penche sur l’optimisation d’un protocole en particulier?**  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **Si oui, lequel et pour quelle raison?** |       |
| **Avez-vous des attentes particulières face à la visite du CECR?** |       |

|  |
| --- |
| ***Planification de la visite***(à titre informatif, peut être sujet à des modifications sur place) |
| **Jour** | **Heure** | **Personne concernée** | **Activité** |
| **Jour 1** | **8 h** | Experts CECR | Arrivée dans l'établissement et préparatifs |
| **8 h 15** | Experts CECRTechnologue localRadiologiste localAdministrateur PACSChef technologue local | Rencontre avec le technologue local, le médecin et l'administrateur PACS |
| **8 h 45** | Technologue CECRTechnologue local | Console de visualisation si images avec technologue local (acquisitions de données, prise de données pour les 30 patients) |
| Physicien CECR | Contrôle de qualité du moniteur diagnostique |
| **10 h** | Technologue CECRTechnologue local | Rencontre avec le technologue de l'établissement pour un survol général des activités en tomodensitométrie |
| Physicien CECR | Contrôle de qualité en salle de tomodensitométrie |
| **11 h** | Technologue CECR | Analyse des 30 cas adultes et 15 cas enfants 0-12 ans |
| Physicien CECR | Contrôle de qualité en salle de tomodensitométrie |
| **12 h** | Technologue CECRPhysicien CECR | Dîner et rencontre préparatoire pour l’organisation de l’optimisation |
| **13 h** | Experts CECR | Essais d'optimisation sur tomodensitomètre |
| **18 h** | Experts CECR | Poursuite des travaux si jugé nécessaire |
|   |
| **Jour 2** | **8 h** | Experts CECR | Arrivée dans l'établissement et préparatifs |
| **8 h 15** | Experts CECR | Essais d'optimisation sur tomodensitomètre |
| **9 h** | Experts CECRTechnologue localRadiologiste localChef technologue local | Présentation des recommandations d'optimisation au technologue et au médecin de l’établissement |
| **10 h** | Experts CECRTechnologue localRadiologiste local | Essais cliniques d'optimisation sur tomodensitomètre avec équipe locale et analyse d'images |
| **15 h 30** | Experts CECRTechnologue localRadiologiste local | Rencontre avec l’équipe locale et remise du rapport de visite |
| **16 h** | Départ de l'équipe |