 

 **Édifice Murray**

***VISITE DE SUIVI D’OPTIMISATION***

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

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

|  |
| --- |
| **Information requise** |
| **Nom de l’établissement :** |        |
| **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 de la salle TDM :** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 :**  | [ ]  | Note : Pour effectuer l’analyse des examens TDM |
| **- 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 :** (i.e.seulement lorsqu’il y a plusieurs salle TDM) | [ ]  |       |
| **- Accès à 40 cas cliniques standard adultes\* récents :*****(10 têtes standards, 10 thorax standards, 10 abdomen-pelvis standards 10 cas thorax-abdomen-pelvis)***  | [ ]  |       |
| **- Accès à 15 cas cliniques enfants\* (0-12 ans) récents :*****(5 têtes, 5 thorax, 5 abdomen)***  | [ ]  |       |
| **- 16 essais cliniques avec patients dès 8 h 30 la 2e journée *(4 têtes standards, 4 thorax standards, 4 abdomen-pelvis standards, 4 thorax-abdomen-pelvis)* alterner les essais têtes, thorax, abdomen-pelvis et 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 à 1 technologue la 1ère journée et à 2 technologues pendant les essais cliniques :** | [ ]  |       |
| **- Accès au radiologiste pendant les essais cliniques:** | [ ]  |       |
| **Pour la rencontre d’ouverture, devront être présent :****- 1 radiologiste,****- 1 technologue TDM****- 1 coordonnateur PACs****- 1 coordonnateur TDM et/ou de secteur****- Chef technologue et/ou chef de service en imagerie médicale** | [ ]  |       |
| **Pour la présentation des recommandations, devront être présent :****- 1 radiologiste,****- 2 technologues TDM****- 1 coordonnateur PACs****- 1 coordonnateur TDM et/ou de secteur****- Chef technologue et/ou chef de service en imagerie médicale** | [ ]  |       |
| **- 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).***

☞ **Dans le but de réaliser la visite le plus efficacement possible, voici quelques précisions en ce qui concerne les cas cliniques demandés pour la 2e journée :**

**- Ces cas doivent être des protocoles standards de tête (4), thorax (4), abdomen-pelvis (4) et thorax-abdomen-pelvis combiné (2-4);**

**- Planifier les cas de façon à ce qu’il y ait une alternance entre les régions (ex : tête, thorax, abdomen, tête, thorax-abdomen-pelvis combiné, thorax, ...).**

|  |
| --- |
| **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 au département ou à distance:** |       |
|  | **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 au bismuth** |
|  | **Variétés disponibles:** |       |
|  | **Accessibilité:** |       |
|  | **Utilisation en tomodensitométrie lors des cas:** |       |
| **Protocoles de contrôle de la qualité - Module tomodensitométrie du CECR** |
|  | **Contenu connu (O/N):** | Oui [ ]  Non [ ]  Partiellement [ ]   |
|  | **"Section technologue" implantée (O/N) :** | Oui [ ]  Non [ ]  Partiellement [ ]   |
|  | **"Section physicien/ingénieur" implantée (O/N) :** | Oui [ ]  Non [ ]  Partiellement [ ]   |
| **Besoins potentiels de formation :** |
|  | **a)** | Protocoles : Application et modification  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **b)** | Modulation de mA et indice de bruit  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **c)** | Signification des indices de dose (CTDI et DLP) par rapport à la dose au patient  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **d)** | Utilisation des caches au bismuth  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **e)** | Utilisation des outils de réduction de dose disponible sur votre TDM  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **f)** | Contrôle de qualité TDM journaliers  | Oui [ ]  Non [ ]  |
|  | **g)** | Registre de contrôle de qualité TDM (mise en application du fichier CECR | Oui [ ]  Non [ ]  |

|  |
| --- |
| **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) :*** |        |
|  | **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 périodique des protocoles dans un souci de réduction de doses?** | Oui [ ]  Non [ ]  Fréquence       |
|  | **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?** |       |