|  |  |
| --- | --- |
| **0 0 X** | < Kleef hier de barcode /  Coller ici le code barre> |
| **CCCGGC-SCC-001** | |

**QUESTIONNAIRE AUTORISATION SPECIFIQUE DE MISE EN SERVICE ET D’EXPLOITATION DES ACTIVITES HOSPITALIERES**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Partie A: Veuillez ne pas compléter cette partie A si votre demande est introduite via le portail électronique Irisbox*** | |
| **Nom de l’institution** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Numéro d’agrément :** |  |
| **Site (s) concerné (s) par la demande** |  |
| **Personne de contact :** |  |
| **Email :** |  |
| **Tél :** |  |
| **Date d'autorisation souhaitée\*** |  |

\*Préciser la date d'autorisation souhaitée si celle-ci est ultérieure à la date de la demande

**Partie B**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type et nombre de lits**  *S’il s’agit d’une reconversion, veuillez préciser les règles de reconversion* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de programmes de soins** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de fonctions** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Services medico-techniques/appareillage médical lourd d'imagerie médicale\*\*** |  |

\*\*Si la demande porte sur les appareils CT ou SPECT-CT, veuillez mentionner le nombre d'appareils visés et préciser s'il s'agit:

* D'appareils déjà existants
* De nouveaux appareils
* Du remplacement d'appareils existants

* Déménagement d'appareils déjà existants
* Upgrades d'appareils déjà existants (si les informations de l'appareil changent par rapport à ce qui a été notifié au cadastre).

*Pour chaque item ci-dessus que vous aurez coché, veuillez également nous fournir le type d'appareil ainsi que les données d'identification des différents appareils (fabricant, modèle, distributeur, Station Name, Manufacturer's model name et Device serial number).*

*En cas d'upgrade d'un appareil existant, précisez si un appareil de remplacement sera temporairement exploité durant la période de la mise à jour. Si c'est le cas, veuillez nous transmettre les informations concernant l'appareil de remplacement (type d'appareil et données d'identification de cet appareil).*

*En cas de déménagement d'appareils existants, veuillez préciser en plus du site sur lequel le déménagement aura lieu, l'adresse du site sur lequel les appareils étaient exploités ainsi que la date du déménagement, la date de fin d'exploitation et la date à partir de laquelle les appareils déménagés seront exploités sur le nouveau site.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres** |  |

**Partie C**

1. Veuillez justifier votre demande.
2. Veuillez également préciser dans quelle mesure votre demande s’intègre dans le Réseau hospitalier clinique locorégional dont votre institution fait partie - si d'application

Nom du gestionnaire + signature

**Date…………………………...**