



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'IMPORTATION/UTILISATION DES APPAREILS DE RADIODIAGNOSTIC MEDICAL

Le demandeur, futur titulaire de l'autorisation, est la personne physique ou morale qui sera le responsable direct de l'activité envisagée.

Je soussigné ;

Nom et Post nom : Prénom.....

Tél : Fax :email :

Fonction dans l'Entreprise/Organisme :

.....

Sollicite l'autorisation de détention/utilisation des appareils électriques émettant des rayonnements ionisants à des fins de :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Radiologie Conventiennelle | <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie (scannographie) |
| <input type="checkbox"/> Radiologie dentaire | <input type="checkbox"/> Mammographie |
| <input type="checkbox"/> Radiologie Interventionnelle | |

I. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT

1.1 – Identification de l'Etablissement

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Secteur Public | <input type="checkbox"/> Secteur privé |
|---|--|

Nom de l'Etablissement :
.....

Adresse :
.....

Statut juridique :

Nom et Prénom du Chef d'Etablissement :

L'établissement mentionné ci-dessus sera le lieu principal de détention et/ou d'utilisation des appareils de radiodiagnostic médical. Le dossier de demande comportera un document attestant du statut juridique de l'établissement.



2. MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- Première autorisation
- Renouvellement d'une autorisation en vigueur,

dont les références sont :

dont la date d'expiration est :

- Modification d'une autorisation en vigueur,

dont les références sont :

dont la date d'expiration est :

• Motifs conduisant à une révision de l'autorisation

- Changement du titulaire
- Changement d'adresse ou d'implantation (locaux)
- Modification des opérations autorisées (nature, finalité, appareils utilisés)
- Changement du Chef d'Etablissement
- Changement du Responsable de la Radioprotection
- Modification des équipements techniques des installations ne dégradant pas la radioprotection des travailleurs et du public
- Autres à préciser :

En cas de renouvellement d'une autorisation, le dernier rapport de contrôle devra être inclus dans le dossier de renouvellement, de même qu'un rappel des modifications apportées à l'installation depuis le dernier renouvellement (ou la première autorisation s'il s'agit de la première demande de renouvellement). Les modifications des caractéristiques des sources ou dispositifs les contenant, de même que les modifications des équipements techniques des installations seront décrites dans le dossier de demande à annexer ou dans la déclaration préalable. Seront également mentionnées les raisons de ces modifications et les conséquences de ces modifications sur la radioprotection des travailleurs et du public.

3. PREPARATION A LA GESTION DE LA SITUATION D'URGENCE

Le demandeur fournira en annexe le plan d'urgence pour la facilitation d'évacuation en cas des situations accidentelles conformément à la législation en vigueur.

4. SCHEMA DE L'INSTALLATION A ANNEXER

Le demandeur fournira en annexe 2, le croquis ou schéma détaillé des installations où seront placés les matériels



5. CARACTERISTIQUES DE L'APPAREIL

5.1. Appareil

Le demandeur fournira les informations relatives aux appareils (catégorie, utilisations, fabricant, marque, numéro de série, date de mise en service, etc....) dans le tableau en annexe 1.

5.2. Opérations spécifiques (Maintenance, entretien, ...) sur les appareils.

Les opérations de maintenance et d'entretien des appareils et plus généralement celles nécessitant le démontage de(s) équipement(s) :

- auront-elles lieu dans l'établissement mentionné (au point 1) Oui non
- seront-elles effectuées par une entreprise extérieure (fournisseur, fabricant...)? Oui non

Les modalités retenues seront précisées dans le dossier à annexer, notamment :

- les qualifications des personnes effectuant ces opérations seront précisées dans le dossier,
- la conformité aux procédures définies par le fabricant,
- les contrôles et vérifications préalables à la remise en service de l'appareil.

5.3. Informations relatives au Fournisseur de(s) appareil(s)

- Nom :
- Adresse :
.....
.....
- Tel : Fax :
- E-mail :
- Site web :

5.4. Informations relatives au Fabricant de(s) appareil(s)

- Nom :
- Adresse :
.....
- Tel : Fax : E-mail :
- Site web :



6. MISE EN PLACE DE L'APPAREIL

Dénomination et Adresse de la Société chargée de la mise en place de l'appareil :.....

7. PERSONNELS TRAVAILLANT SOUS RAYONNEMENTS IONISANTS

N°	Noms et Prénoms	Qualification/ Titres	Affectation	Fonction	Date de début dans le service
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

8. INFORMATIONS RELATIVES AU RESPONSABLE DE LA RADIOPROTECTION (R.P.R)

- Nom :Prénom :
- Tél : Fax :email :
- Option(s) suivie(s) lors de la formation :
- Date de nomination en qualité de RPR:.....
- Date de l'attestation en qualité de RPR :
- Référence de l'accréditation :
- Expérience professionnelle :

Le Responsable de la protection radiologique (RPR) doit avoir suivi avec succès la formation réglementaire (Radioprotection) auprès d'un formateur certifié (inclure dans le dossier de demande d'autorisation l'attestation de la formation et la nomination par le Chef d'Etablissement, et la copie de l'accréditation).



9. SURVEILLANCE DES TRAVAILLEURS EXPOSES DANS LES INSTALLATIONS

9.1. Classification des travailleurs

Nombre de travailleurs intervenant dans l'installation. :.....

Nombre des travailleurs classés catégorie A :..... Catégorie B :.....

Note : Catégorie A : Operateur sous rayonnements ; Catégorie B : Personnel se trouvant dans la zone avoisinante

9.2. Surveillance individuelle

Dosimètres Opérationnels :

- Nombre :.....
- Marque et Type :.....
- Nom du prestataire (Organisme effectuant cette surveillance) :.....
.....
.....
- Nom et adresse de l'établissement assurant la surveillance médicale des travailleurs exposés :.....
.....
.....

10. SIGNATURE DU DEMANDEUR

Les signataires certifient l'exactitude des déclarations ci-dessus et des pièces constitutives du dossier produit à l'appui de la demande d'autorisation.

Fait à, le

Responsable de Radioprotection

(Nom, Prénom, Signature)

Le chef de l'établissement
(Le demandeur)
(Nom, Prénom, Signature)

Note : L'absence du sceau de l'établissement et des signatures requises entrainera le rejet systématique de la demande d'autorisation.



ANNEXE 1 : CARACTERISTIQUES DE L'APPAREIL

Appareil 1	caractéristiques du générateur de rayons x					
	Marque	Type	Série	T. Max	Mise en service	Etat général
	caractéristiques du tube radiogène					
	Marque		Type		T. Max	Filtration

Etat général : TB (très bien) ; B (Bien) ; AB (assez bien) ; Me (médiocre) ; Ma (mauvais)

Appareil 2	caractéristiques du générateur de rayons x					
	Marque	Type	Série	T. Max	Mise en service	Etat général
	caractéristiques du tube radiogène					
	Marque		Type		T. Max	Filtration

Etat général : TB (très bien) ; B (Bien) ; AB (assez bien) ; Me (médiocre) ; Ma (mauvais)



Appareil 3	caractéristiques du générateur de rayons x					
	Marque	Type	Série	T. Max	Mise en service	Etat général
	caractéristiques du tube radiogène					
	Marque		Type		T. Max	Filtration

Etat général : TB (très bien) ; B (Bien) ; AB (assez bien) ; Me (médiocre) ; Ma (mauvais)

Appareil 4	caractéristiques du générateur de rayons x					
	Marque	Type	Série	T. Max	Mise en service	Etat général
	caractéristiques du tube radiogène					
	Marque		Type		T. Max	Filtration

Etat général : TB (très bien) ; B (Bien) ; AB (assez bien) ; Me (médiocre) ; Ma (mauvais)



Appareil 5	caractéristiques du générateur de rayons x					
	Marque	Type	Série	T. Max	Mise en service	Etat général
	caractéristiques du tube radiogène					
	Marque		Type		T. Max	Filtration

Etat général : TB (très bien) ; B (Bien) ; AB (assez bien) ; Me (médiocre) ; Ma (mauvais)

Appareil 6	caractéristiques du générateur de rayons x					
	Marque	Type	Série	T. Max	Mise en service	Etat général
	caractéristiques du tube radiogène					
	Marque		Type		T. Max	Filtration

Etat général : TB (très bien) ; B (Bien) ; AB (assez bien) ; Me (médiocre) ; Ma (mauvais)



ANNEXE 2 : CROQUIS OU SCHEMA DE L'INSTALLATION RADIOLOGIQUE