دفتر حفاظت در برابر اشعه

پرسشنامه پرتوگیری بیش از آستانه بررسی ویژه مراکز پرتو تشخیصی

بندهای زیر توسط مسئولین مرکز تکمیل شود:

۱- نام مرکز:

۳- کد اشتراک مرکز:

۲- نام مسئول فیزیک بهداشت:

۴- توضیحات شخص مسئول/مسئول فیزیک بهداشت در خصوص علت پرتوگیری بالا:

نام و امضاء شخص مسئول/ مسئول فیزیک بهداشت و تاریخ

بندهای زیر توسط پرتوکار تکمیل شود:

۱- نام و نام خانوادگی:

۵- سمت پرتوکار در مرکز:

۲- میزان دز ثبت شده (بر حسب میلی سیورت):

۶- شماره دزیمتر:

۳- آیا بج مورد استفاده پرتوکار سالم می باشد؟

۷- شماره تلفن پرتوکار:

۴- محل نگهداری دزیمتر در زمانهای غیر کاری:

۸- دوره دزیمتری: الی

۹- نوع کار با پرتو: رادیوگرافی ساده ☐ فلوروسکوپی ☐ سی تی اسکن ☐ رادیوگرافی دندان ☐ ماموگرافی ☐ آنژیوگرافی ☐

۱۰- محل نصب دزیمتر : روی روپوش سربی ☐ زیر روپوش سربی ☐ سینه ☐ بازو ☐ مچ دست ☐ سایر:

۱۱- آیا دزیمتر در اتاق پرتودهی و یا مستقیماً در میدان پرتو قرار داشته است؟ بله ☐ خیر ☐

۱۲- نوع دستگاه رادیوگرافی، مدت زمان فعالیت و تعداد رادیوگرافی در روز را ذکر کنید:

۱۳- آیا شرایط کاری پرتوکار در مدت استفاده از دزیمتر با گذشته متفاوت بوده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، تغییرات را شرح دهید:

۱۴- در صورت وقوع سانحه تاریخ/مدت زمان و علت آن را ذکر نمایید:

نام و امضاء پرتوکار/ تاریخ

این قسمت توسط کارشناسان دفتر حفاظت در برابر اشعه تکمیل شود:

نظر کارشناس نظارت بر پرتوگیری کارکنان:

با توجه به بررسی نتایج میزان دز مؤثر پرتوکار .... میلی سیورت تایید می شود

امضاء مسئول آزمایشگاه فیلم بج

امضاء رئیس بخش نظارت بر پرتوگیری کارکنان