

Indiquer le N° d'abonnement dosimétrie :
1. VOTRE IDENTIFICATION

Les informations renseignées dans cette demande ainsi que vos résultats d'analyse feront l'objet d'un traitement informatisé. Vos résultats vous sont adressés sous pli confidentiel dans le laboratoire où vous bénéficiez d'une surveillance sur votre demande écrite. Ils sont également transmis à votre médecine du travail et à l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire dans l'application SISERI.

(Système d'Information de la Surveillance de l'Exposition aux Rayonnements Ionisants)

Le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service de dosimétrie de l'IPNO (communication et rectification des données vous concernant).

Nom :		Prénom :	
Nom de jeune fille :		Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
N° de sécurité sociale :			
Laboratoire :			
Classification radiologique (A, B ou public) :		N° Carte :	

2. INFORMATIONS NECESSAIRES A LA TRANSMISSION DE VOS RESULTATS
Médecin du travail

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Rue :			
Code postal :		Ville :	
Tél :		Fax :	

Employeur : CNRS, Université Paris Sud, INSERM, Institut Curie, Ecole polytechnique, autres, à préciser :

Nom :			
Adresse :			
Rue :			
Code postal :		Ville :	
Tél :		Fax :	

3. ANALYSE DES POSTES DE TRAVAIL (CADRE RESERVE AU MEDECIN DU TRAVAIL OU PCR DU LABORATOIRE)

Exposition externe : Organisme Entier Extrémités, Peau

Rayonnements : Bêta (E moyenne > 100 keV) X (Tension > 30 kV) Gamma (E > 15 keV) Neutrons

Origine de l'exposition : Générateur X, tension max :
 Accélérateur, type :
 Source radioactive, REA :

Observations :

► Nom et prénom :
Fonction :

N° de téléphone :

courriel :

4. VOTRE DEMANDE DE SUIVI DOSIMETRIQUE
Type de dosimètre

- Corps entier
 Poitrine simple (analyse γ , X , β^-)
 Poitrine complet (analyse γ , X , β^- , neutrons)
- Extrémités
 Poignet (analyse γ , X , β^-)
 Doigt (analyse γ , X , β^-)

Distribution

- Tous les mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois

- Ponctuel, Préciser : **date de début :** _____ **date de fin :** _____

Date de prise d'effet

- Immédiat
 Au prochain renouvellement des dosimètres.

ⓘ A retourner avant le 15 du mois précédent l'envoi des dosimètres

Dosimètre non nominatif (visiteur, expérimentateur,...),

Désignation du dosimètre :

N° dosimètre :

Période de port :

5. LES VISAS NECESSAIRES

► **Signature de l'intéressé**

► **Signature du responsable du laboratoire :**

Vos demandes sont à transmettre par courrier ou par email 15 jours avant la fourniture du dosimètre à :

Institut de Physique Nucléaire d'Orsay - Service de dosimétrie - Bâtiment 102

15 rue Georges Clémenceau - 91406 Orsay Cedex

Tél : 01 69 15 44 90 - Email : dosim@ipno.in2p3.fr

CADRE RESERVE A L'ENREGISTREMENT

N° agent :		N° Laboratoire :	
N° Tableau IPNO :			
N° Poitrine 1 ^{ère} attribution :		N° Poignet 1 ^{ère} attribution :	
N° Poitrine périodique :		N° Poignet périodique :	
Date de l'enregistrement :		Date d'envoi si différente :	

Observations / Informations au personnel surveillé :
VISAS

Visa technique

Visa enregistrement