

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 annuellement sous pli confidentiel dans le laboratoire où vous bénéficiez d'une surveillance ou 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 :	
Statut :	<input type="checkbox"/> Titulaire ou CDI, <input type="checkbox"/> Post-Doc ou Thésard, <input type="checkbox"/> CDD ou vacataire, <input type="checkbox"/> Stagiaire ou étudiant		

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 XI, 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 fax 15 jours avant la fourniture du dosimètre à :

Institut de Physique Nucléaire d'Orsay - Service de dosimétrie - Bâtiment 104

15 rue Georges Clémenceau - 91406 Orsay Cedex

Tél : 01 69 15 72 04 ou 44 90 - Fax : 01 69 15 36 26 - 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° Doigt 1 ^{ère} attribution :	
N° Poitrine périodique :	N° Poignet périodique :	N° Doigt périodique :	
Date de l'enregistrement :	Date d'envoi si différente :		

Observations / Informations au personnel surveillé :

VISAS

Visa technique

Visa enregistrement