امور حفاظت در برابر اشعه

بخش دزیمتری پرتوهای یونساز

پرسشنامه پرتوگیری غیرعادی ویژه پراکز پزشکی هسته ای(فرم پرسشنامه شماره 2)

بندهای 1تا 15 این فرم توسط پرتونگار و بند16 توسط مرکز پر شود. فرم پس از تکمیل امضا و حداکثر ظرف دوهفته به بخش دزیمتری ارسال گردد.

1. نام مرکز: کد اشتراک مرکز: دوره:
2. نام و نام خانوادگی فرد استفاده کننده از دزیمتر: شماره دزیمتر: میزان دز دریافتی: mSv
3. مدت استفاده از دزیمتر: الی
4. محل نصب دزیمتر: سینه بازو مچ دست سایر(محل نصب مشخص گردد)
5. ساعت کار روزانه: تعداد روز کاری در هفته:
6. سمت پرتوکار در مرکز:
7. نوع مواد پرتوزای مورد استفاده در مرکز: Tc\_99m I\_131 Ga\_67 Ti\_201 Kr\_85 P\_32 سایر(نوع آن مشخص گردد)
8. مقدار پرتوزایی مواد مورد استفاده در ماه(برحسب میلی کوری یا بکرل)
9. نوع کار پرتوکار: دوشیدن ژنراتور تزریق یا خوراندن تصویربرداری پسمانداری پرستاری از بیماران تحت درمان سایر موارد(نوع مورد مشخص گردد
10. آیا شرایط کاری پرتوکار در مدت استفاده از فیلم بج مزبور با گذشته متفاوت بوده است؟ در صورت مثبت بون پاسخ شرح دهید.
11. محل نگهداری دزیمتر در ساعت غیر کاری:
12. در صورتیکه افراد دیگری از فیلم بج مذکور استفاده کرده اند به سوالات زیر پاسخ دهید:
	1. نام استفاده کننده
	2. مدت استفاده
	3. نوع کار
13. در صورت استفاده از سایر دزیمترها نظیر دزیمترهای جیبی، قلمی و یا سایر دستگاههای اندازه گیری محیطی، مقدار پرتوگیری فرد و نتایج اندازه گیری محیطی به این دفتر ارسال گردد.
14. درصورتیکه در زمان استفاده از فیلم بج حوادثی نظیر سرنگون شدن و یا شکستگی و یا حاوی مواد پرتوزا، ترشح مواد پرتوزا از سرنگ، استفراغ بیماران تحت درمان با ماده پرتوزا و غیره اتفاق افتاده است و یا چنانچه فرد در عملیات رفع آلودگی شرکت داشته مشخص گردد.
15. آیا همکارانی که تشابه کاری با فرد مذکور داشته باشند در ماههای مورد نظر پرتوگیری غیرعادی داشته اند؟
16. توضیحات شخص مسئول و یل مسئول فیزیک بهداشت مرکز:

امضای پرتوکار نام و امضای شخص مسئول نام و امضای مسئول فیزیک بهداشت