امور حفاظت در برابر اشعه

بخش دزیمتری پرتوهای یونساز

پرسشنامه پرتوگیری غیرعادی ویژه پراکز پرتو درمانی(فرم پرسشنامه شماره 3)

بندهای 1تا 13 این فرم توسط پرتونگار و بند14 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. نوع کار با پرتو: شتاب دهنده خطی براکی تراپی اشعه درمانی سیمولاتور
5. سمت پرتوکار در مرکز:
6. نوع دستگاه براکی تراپی: تعداد چشمه های براکی تراپی: فعالیت چشمه های براکی تراپی:
7. محل نصب دزیمتر: سینه بازو مچ دست
8. درصورت استفاده از روپوش سربی: روی روپوش سربی زیر روپوش سربی
9. نوع کار با پرتو، ساعت کار و تعداد رادیوگرافی در روز را شرح دهید:
10. محل نگهداری دزیمتر در ساعت غیر کاری:
11. آیا بج مورد استفاده پرتوکار سالم می باشد؟
12. آیا شرایط کاری پرتوکار در مدت استفاده از دزیمتر با گذشته متفاوت بوده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، تغییرات را شرح دهید.
13. آیا دزیمتر در اتاق پرتودهی و یا مستقیماً در میدان پرتو قرار داشته است؟
14. توضیحات شخص مسئول و یا مسئول فیزیک بهداشت مرکز:

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

نظر کارشناس دزیمتری