



Service de dosimétrie de la FHL
DEMANDE DE CLIENTS
(DAPR6-03)

Service de dosimétrie de la FHL
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
5, rue des Mérovingiens
L-8070 Bertrange
Tél. Labo: +352 42 41 42 - 48
Courriel: sd@fhflux.lu

1. Saisie

* Obligatoire
** À remplir par le Service de dosimétrie

Coordonnées de l'employeur

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| Nom de l'établissement* : | <input type="text"/> | | |
| N° d'identification nationale* : | <input type="text"/> | | |
| Service* : | <input type="text"/> | | |
| Adresse* : | <input type="text"/> | | |
| Localité* : | <input type="text"/> | Code postal* : | <input type="text"/> |

Travailleur surveillé

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Nom* : | <input type="text"/> | Prénom(s)* : | <input type="text"/> |
| N° d'identification nationale* : | <input type="text"/> | | |
| Nom du service de santé au travail* : | <input type="text"/> | | |
| Classification du travailleur* : | <input type="checkbox"/> Catégorie A | <input type="checkbox"/> Catégorie B | <input type="checkbox"/> Etudiant ou apprenti < 18ans |

Surveillance dosimétrique

| Type de dosimètre | Type de demande | Début de la surveillance | Fin de la surveillance | Info | Taille du dosimètre |
|-------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|------|---------------------|
| Corps entier | | | | | |
| Extrémité (Bague) | | | | | |
| Cristallin | | | | | |

Raison pour la demande (veuillez cocher les cases correspondante)

| |
|---|
| Demande de dosimètre* : Le travailleur ne dispose pas encore de dosimètre Remplacement ou Perte du dosimètre : <input type="text"/> Autre : (veuillez préciser) <input type="text"/> |
| Demande d'annulation ou modification* : La personne n'est plus exposée professionnellement aux rayonnements ionisants La personne a démissionné La personne a été transférée dans le service suivant : <input type="text"/> Autre / Modification : (veuillez préciser) <input type="text"/> |

2. Signatures

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies

Personne chargée de la radioprotection

| | | | |
|---------------------|----------------------|-------|----------------------|
| Nom et prénom(s)* : | <input type="text"/> | | |
| Fait à* : | <input type="text"/> | Le* : | <input type="text"/> |
| Signature* : | <input type="text"/> | | |

Service de dosimétrie du personnel

| | | | |
|----------------------|----------------------|--------|----------------------|
| Nom et prénom(s)** : | <input type="text"/> | | |
| Fait à** : | <input type="text"/> | Le** : | <input type="text"/> |
| Signature** : | <input type="text"/> | | |