



**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)

<b>Demande de dosimètre* :</b>  Le travailleur ne dispose pas encore de dosimètre Remplacement ou Perte du dosimètre : <input type="text"/> Autre : (veuillez préciser) <input type="text"/>
<b>Demande d'annulation ou modification* :</b>  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"/>		