



IRSN

A REMPLIR
ET
A RETOURNER A
l'adresse ci-contre

PSE-SANTE/SER/BASEP
A l'attention du chef du BASEP
BP 17
92 262 Fontenay aux Roses Cedex

ou par courriel :
siseri@irsn.fr

CONCLUSIONS D'ENQUETE SUITE A UN SIGNALEMENT DU DEPASSEMENT D'UNE VALEUR LIMITE D'EXPOSITION

Vous êtes médecin du travail et vous venez de recevoir le signalement du dépassement d'une valeur limite d'exposition, il vous appartient en conséquence, conformément aux dispositions de l'article 14 de l'arrêté du 26 juin 2019 relatif à la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants,

- de procéder à une analyse de la situation afin de confirmer la dose effectivement reçue avec le concours de l'employeur et du conseiller en radioprotection.
- d'informer l'IRSN de l'enclenchement de cette analyse et de ses conclusions sur la dose effectivement reçue.

TRAVAILLEUR CONCERNE														
Nom établissement : _____														
Adresse : _____														
Nom : _____ Prénom : _____														
Numéro RNIPP (Sécurité sociale) :														
<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>														
Poste occupé (métier et secteur d'activité) : _____														
DOSIMETRIE														
Numéro de dosimètre : _____														
Equivalent de dose déterminé par le laboratoire : _____ mSv														
Pour la période du : _____ au _____														
Equivalent de dose cumulé sur 12 mois, le cas échéant : _____ mSv														
Type de port :														
<input type="checkbox"/> poitrine <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> doigt <input type="checkbox"/> autres														
CONCLUSIONS														
Les conclusions de l'enquête m'amènent à vous demander : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> de maintenir l'équivalent de dose déterminé par le laboratoire <input type="checkbox"/> de modifier la dose comme suit : Equivalent de dose devant être retenu : _____ mSv 														
COMMENTAIRES (bref résumé de l'enquête et de ses conclusions)														
SIGNATURE MEDECIN DU TRAVAIL														
NOM, Prénom : _____ Date : _____ Signature : _____														
N° tel : _____ E-mail : _____														
Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter PSE-SANTE/SER/BASEP au 01.58.35.84.04														