

## Objet de l'enregistrement

### Objet de l'enregistrement

**Nature de la demande :** Demande initiale : l'activité nucléaire change de régime administratif ou n'est pas connue de l'ASN

**Veillez préciser**

- Enregistrement d'une activité nucléaire faisant l'objet actuellement d'une (ou plusieurs) décision(s) d'autorisation (changement de régime administratif)

Référence de la décision d'autorisation	Numéro SIGIS de l'autorisation
CODEP-NAN-2021-020853	M720019

## Demandeur

### Demandeur

**Qualité :** Représentant de la personne morale

**Civilité :** M.

**Nom :** LAURENT

**Prénom :** Guillaume

**Téléphone :** 0243434301

**Courriel :** directiongenerale1@ch-lemans.fr

**Fonction dans l'établissement :** Directeur général

### Etablissement

**Dénomination ou raison sociale de l'établissement :** CENTRE HOSPITALIER SAINT CALAIS

**Statut juridique :** Autres

**N° SIRET :** 26720003800011

**Adresse physique :** 2 RUE DE LA PERRINE

**Code postal :** 72120

**Ville :** ST CALAIS

**L'adresse physique est-elle identique à l'adresse postale ? : Oui**

**L'adresse du siège est-elle identique à l'adresse physique ? : Oui**

---

**Chef d'établissement**

**Civilité :** Mme.

**Nom du chef d'établissement :** DUPRESSOIR

**Prénom du chef d'établissement :** Rosalia

**Téléphone :** 0243636405

**Courriel :** rdupressoir@ch-lemans.fr

**Lieux d'exercice des activités nucléaires**

---

**Lieux d'exercice des activités nucléaires**

**La présente demande concerne l'enregistrement d'activités nucléaires réalisées dans :** Un seul établissement

Lieux où l'activité nucléaire est réalisée	CP	Ville	Cedex	Raison sociale de l'établissement	SIRET de l'établissement
Service Imagerie Médicale-scanner	72120	Saint-Calais		CENTRE HOSPITALIER	26720003800011

**Médecin coordonnateur**

---

**Médecin coordonnateur 1**

**Civilité :** M.

**Nom :** REMIL

**Prénom :** Laredj

**Fonction dans l'établissement :** Radiologue

**Qualification du médecin :** Radiodiagnostic et imagerie médicale

**Service d'affectation :** Imagerie Médicale

**Téléphone :** 0243636430

**Courriel :** rlaredj@yahoo.fr

**Cartographie**

---

**Cartographie des pratiques**

**Votre demande d'enregistrement concerne**

- La détention et l'utilisation de scanner(s) à finalités diagnostique et/ou de pratiques interventionnelles radioguidées

**Des pratiques interventionnelles radioguidées seront-elles réalisées sur le(s) scanner(s) :**  
Non

**Scanner(s) à finalités diagnostique et/ou interventionnelle****Scanner n° 1**

**Marque :** SIEMENS

**Modèle :** SOMATOM EMOTION 16

**Fixe ou déplaçable :** Fixe

**Année mise en service :** 2015

Adresse	Dénomination du service	Localisation (bâtiment, étage)	Nom(s) de la (des) salle(s) où est utilisé le scanner
Service Imagerie Médicale-scanner 72120 Saint-Calais	RADIOLOGIE	Bâtiment Fernand Poignant-rez de chaussée	SCANNER

**Utilisation partagée des installations :** Non

**Finalités :** Scanographie diagnostique exclusivement

- Radiodiagnostic par téléradiologie
- Examens pédiatriques
- Scanner assurant la prise en charge des urgences (non dédié)

**Date du dernier contrôle de qualité externe :** 11/05/2022

**Résultat du dernier contrôle de qualité externe :** Absence de non-conformité

**Radioprotection des travailleurs****Conseiller(s) en radioprotection (CRP) n° 1**

**Civilité :** Mme.

**Nom :** NICOLAS

**Prénom :** Isabelle

**Statut :** Interne

**Téléphone :** 0243636541

**Courriel :** inicolas@ch-saintcalais.fr

**Autre(s) fonction(s) exercée dans l'établissement :** Manipulatrice en radiologie

**Temps dédié en équivalent temps plein (ETP) pour la scanographie diagnostique :** 0.1

**Temps dédié en équivalent temps plein (ETP) pour les pratiques interventionnelles radioguidées :** 0

**Le CRP est-il désigné au titre de :**

- L'article R. 1333-18 du code de la santé publique

## Radioprotection des patients

---

### **Physicien(s) médical (médicaux) n° 1**

**Civilité :** M.

**Nom :** BLUSSEAU

**Prénom :** NICOLAS

**Type :** Externe

**Nom de la société :** BIOMEDIQA

**Téléphone :** 0761989282

**Courriel :** nicolas.blusseau@biomediqua.com

**Temps dédié en équivalent temps plein (ETP) pour la scanographie diagnostique :** 0.01

**Temps dédié en équivalent temps plein (ETP) pour les pratiques interventionnelles radioguidées :** 0

## Pièces à joindre en appui de la demande

---

### **Etablissement**

**A1 - L'extrait d'inscription de l'établissement au registre du commerce et des sociétés (extrait KBIS) ou, en cas d'impossibilité, un document équivalent dûment justifié :** Je joins la pièce au présent formulaire

---

### **Demandeur**

**A2 - La justification de la qualité et de la capacité du demandeur :** Je joins la pièce au présent formulaire

**A3- Dans le cas d'un enregistrement demandé par une personne physique, une copie de son attestation de formation délivrée en application de la décision no 2017-DC-0585 de l'ASN modifiée :** Non applicable

---

### **Médecin coordonnateur**

**A4 - Dans le cas d'un enregistrement demandé par une personne morale, la copie de l'attestation de formation du(es) médecin(s) coordonnateur(s) dans le cadre de sa (leur) désignation, délivrée en application de la décision no 2017-DC-0585 de l'ASN modifiée :** Je joins la pièce au présent formulaire

---

## **Organisation de la radioprotection**

**A5 - Un document précisant l'organisation de la radioprotection comprenant, notamment, la répartition des missions entre les conseillers en radioprotection, y compris pour la réalisation des vérifications et des contrôles de radioprotection, ainsi que le temps dédié, en équivalent temps plein (ETP), à ces missions :** Je joins la pièce au présent formulaire

**A6 - Une copie du ou des certificat(s) de formation du ou des conseiller(s) en radioprotection :** Je joins la pièce au présent formulaire

---

## **Radioprotection des patients**

**A7 - Le plan d'organisation de la physique médicale, prévu à l'article 7 de l'arrêté du 29 novembre 2004 modifié relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale :** Je joins la pièce au présent formulaire

---

## **Localisation des installations**

**A8 - Le plan du bâtiment, de type plan d'architecte, mentionnant la dénomination et figurant la localisation précise des lieux d'exercice de l'activité. Ce document indique également l'utilisation des locaux contigus, y compris sus et sous-jacents :** Je joins la pièce au présent formulaire

---

## **Conformité des installations**

**A9 - Les informations prévues aux points 1° à 4° de l'article 13 de la décision n° 2017-DC-0591 de l'ASN ou, dans le cas d'une installation déjà en activité, le rapport technique complet établissant la conformité de chaque installation :** Je joins la pièce au présent formulaire

---

## **Dispositions concourant à la radioprotection**

**A10 - Le résultat de l'évaluation des risques prévue à l'article R. 4451-16 du code du travail et la délimitation des zones mentionnées à l'article R. 4451-23 du code du travail (plan des locaux et plan de délimitation des zones) :** Je joins la pièce au présent formulaire

**A11 - La liste des équipements de protection collective ou toute disposition compensatoire visant à réduire l'exposition des travailleurs et de la population :** Je joins la pièce au présent formulaire

**A12 - Une convention de partage, ou tout document équivalent, précisant les modalités d'utilisation du dispositif médical émettant des rayons X, lorsque celui-ci est partagé entre différentes entités juridiques, ainsi que l'organisation de la radioprotection :** Non applicable

---

## **Formation des professionnels**

**A13 - Les documents du système de gestion de la qualité relatifs aux modalités de formation des professionnels, établis en application de l'article 9 de la décision n° 2019-DC-0660 de l'ASN :** Je joins la pièce au présent formulaire

---

## **Pièces justificatives**

A1- FINESS \_ Accueil.pdf  
A2 - Arrêté Guillaume LAURENT - 16 août 2021.pdf  
A5- 2022 - 02 Décision CHSC désignation conseiller radio protection.pdf  
A5-Lettre de mission Mme NICOLAS 7 06 2022.pdf  
A5-Programme\_contrôle\_2022.pdf  
A5-PC-10-RX-06-A vérification radioprotection service imagerie médicale chsc.pdf

A9- rapportC2i-conformité loacaux.pdf

A10-PLAN\_ZONAGE\_2022.pdf

A10-Evaluation des risques\_2022.pdf

A10- EVALUATION DES RISQUES POUR LA SANTE ET LA SECURITE DES TRAVAILLEURS EN IMAGERIE MEDICALE2022.pdf

A10- ZONAGE\_SCANNER\_2022\_10\_05.pdf

A11-Equipement de radioprotection\_2022.pdf

A13-Habilitation MER.pdf

A13-PC-08-RX-01-A Formation habilitation manip radio - 08 11 22 (00000003).pdf

### Finalisation de la demande

---



**En cochant cette case, le titulaire/futur titulaire de l'enregistrement atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.**



**En cochant cette case, le (ou les) médecin(s) coordonateur(s) identifié(s) dans la présente demande d'enregistrement atteste(nt) sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.**