

Activité

Activité exercée

Type d'activité : Radiodiagnostic (médical, dentaire), médico-légal et recherche biomédicale

Motif de la déclaration

Déclaration

Nature de la déclaration : Modification d'une précédente déclaration

N° du précédent récépissé : CODEP-NAN-2022-051628

N° SIGIS de la précédente déclaration : D720038

Motif de la modification

- Modification des installations couvertes par la précédente déclaration

Objet de la modification

- Changement d'appareil

Commentaires : Mise en hors service du mammographe IMS Giotto Image 3 DL (primax)_ Repris par la société PRIMAX - Groupe Général Médical Mérate GMM 2 Place Gustave Eiffel - CS 20280 - 94518 RUNGIS Cedex 1 - Acquisition d'un mammographe IMS GIOTTO CLASS 3 D

Déclarant

Déclarant (représentant de la personne morale ou personne physique responsable de l'activité nucléaire)

Qualité : Représentant de la personne morale

Civilité : M.

Nom : LAURENT

Prénom : Guillaume

Téléphone : 0243434301

Courriel du déclarant : directiongenerale1@ch-lemans.fr

Fonction : Directeur général

Établissement

Dénomination ou raison sociale : CENTRE HOSPITALIER SAINT CALAIS

Statut juridique : Autres

Forme juridique : Etablissement de Santé Public (CHRU, CH, HIA, ...)

N° SIRET : 26720003800011

Adresse : 2 RUE DE LA PERRINE

Code postal : 72120

Ville : ST CALAIS

Téléphone : 0243636465

Courriel pour tous les échanges liés aux téléservices : direction@ch-saintcalais.fr

Chef d'établissement

Civilité : Mme.

Nom : DUPRESSOIR

Prénom : Rosalia

Courriel : rdupressoir@ch-lemans.fr

Utilisation des appareils

Activité 1

Nature d'activité : Radiologie conventionnelle

Catégorie (utilisation principale) : Appareils de radiologie à poste fixe (à l'exclusion des scanners)

Appareil(s) :

Localisation	Nombre total d'appareils	Dont mobiles
SALLE 2	1	0

Activité 2

Nature d'activité : Radiologie conventionnelle

Catégorie (utilisation principale) : Appareils de mammographie

Appareil(s) :

Localisation	Nombre total d'appareils	Dont mobiles
SALLE MAMMO	1	0

Activité 3

Nature d'activité : Radiologie conventionnelle

Catégorie (utilisation principale) : Appareils mobiles de radiologie (hors radiologie interventionnelle et actes radioguidés)

Appareil(s) :

Localisation	Nombre total d'appareils	Dont mobiles
SALLE 1	1	1
RESERVE BATIMENT RONSARD	1	1

Organisation de la radioprotection

Personne compétente en radioprotection 1

Civilité : Mme.

Nom : NICOLAS

Prénom : Isabelle

Téléphone : 0243636541

Courriel : inicolas@ch-saintcalais.fr

Lieu habituel de travail (ou service d'affectation) : SERVICE IMAGERIE

Statut : Interne

Finalisation de la déclaration

Finalisation de la déclaration



En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées dans la présente déclaration.