**"SOURCES A USAGE MEDICAL "**

**QUESTIONNAIRE TENANT LIEU DE DECLARATION POUR L’ASSURANCE DU RISQUE RESPONSABILITE CIVILE DÉTENTEURS / UTILISATEURS A DES FINS MÉDICALES DE SOURCES DE RAYONNEMENTS IONISANTS (RI) OU D’APPAREILS EMETTEURS DE RAYONS X**

(Recherche, Diagnostic ou Thérapie)

***UTILISER UN QUESTIONNAIRE PAR ETABLISSEMENT***

**PROPOSANT** :

**SITUATION DU RISQUE (localisation / établissement) : CENTRE HOSPITALIER 72400 LA FERTE-BERNARD**

L'établissement est-il soumis **DU FAIT DE LA PRÉSENCE DES SOURCES DE RAYONNEMENTS** aux dispositions de la Loi du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement: OUI  NON

**Si oui joindre copie de l’arrêté préfectoral.**

**PIÈCES A JOINDRE IMPERATIVEMENT POUR L'ETUDE DE LA PROPOSITION :**

Nombre d’autorisation A.S.N. : 1…………………….. / Nombre de déclaration A.S.N. :…1…………………..

Photocopies complètes des autorisations et déclarations faites à l’A.S.N.

Les sources ont-elles fait l’objet d’une visite ou demande d’information de l’A.S.N. depuis 36 mois : OUI  NON

- si OUI joindre copie des demandes et réponses.

**Personnes Compétentes en radioprotection (PCR) :**

Nombre de PCR Salariées : …2……………… / Nombre de PCR non salariées du Souscripteur : ………………….

*Nom du ou des PCR, et de l’entreprise : ....Elodie ROUSSEAU et Laurent NEUGE*

**ETABLISSEMENT :**

Responsabilité en tant que **propriétaire ou détenteur mais non utilisateur** des sources de rayonnements ionisants :OUI  NON

Si oui : nombre de préposés non médecins exposés aux RI : ……………

**OU**

Responsabilité « d’ordre médical » en tant que **propriétaire, détenteur**, **et** **utilisateur** des sources de rayonnements ionisants :OUI  NON

Si oui : nombre de préposés non médecins exposés aux RI : 31……………

**PRATICIENS (docteur en médecine) CI-DESSOUS DESIGNES :**

Responsabilité « d’ordre médical » en tant qu’**utilisateur** des sources de rayonnements ionisants.

# SOURCES DE RAYONNEMENTS IONISANTS DETENUES ET/OU UTILISEES

**A - RADIOTHÉRAPIE ONCOLOGIQUE**

**APPAREILS DE tÉlÉgammathÉrapie**

Marque et Type de l'appareil Numéro Débit d'exposition maximal OBSERVATIONS

R/h à 1 m

R/h à 1 m

R/h à 1 m

**accÉlÉrateurs de particules**

Marque et Type de l'appareil Numéro Énergie maximale OBSERVATIONS

MeV

MeV

MeV

MeV

**B - roentgenthÉrapie - appareils gÉnÉrateurs Électriques de rayons x**

Marque et Type de l'appareil Numéro Haute Tension maximale OBSERVATIONS

kV

kV

kV

**C - curiethÉrapie**

RADIOÉLÉMENTS ARTIFICIELS (autres que le Radium)

**Activité maximale totale** pouvant être détenue (en gigabecquerels – GBq -) :

RADIUM (dans la mesure où les risques inhérents à l'utilisation de cette substance ne sont pas couverts déjà par une autre police d'assurance)

Le proposant est-il propriétaire des aiguilles ou tubes de radium utilisés ? OUI  NON

**Activité maximale** du stock détenu (en mégabecquerels - MBq -) :

**D - mÉdecine nuclÉaire et laboratoires**

Utilisation IN VIVO OUI  NON

Thérapie  Diagnostic

Utilisation IN VITRO OUI  NON

**Activité maximale totale** pouvant être détenue (en mégabecquerels - MBq - avec le groupe de radiotoxicité)

**E - radiodiagnostic - appareils gÉnÉrateurs Électriques de rayons x** (dans la mesure où les risques inhérents à la détention et/ou à l'utilisation de ces appareils ne sont pas déjà couverts par une autre police d'assurance)

Nombre d'appareils : 8

**utilisation mÉdicale :**

Nom du médecin Installation(s) utilisée(s) OBSERVATIONS

Effectif total des préposés (non médecins) directement affectés aux travaux sous rayonnements : …23………..

dont 0 radio-physiciens.

**observations complÉmentaires Éventuelles :**

Existe-t-il dans l'établissement d'autres sources de rayonnements ionisants utilisées ou non par les assurés pour lesquelles l'assurance n'est pas demandée (exemples : sources détenues par un tiers ou faisant l'objet d'autres autorisations …) :

a) utilisées à des fins médicales ? OUI  NON

*Dans l'affirmative, préciser le nombre, la nature et l'usage de ces sources :*

b) utilisées à des fins autres que médicales ? OUI  NON

*Dans l'affirmative, préciser le nombre, la nature et l'usage de ces sources :*

**MAINTENANCE :**

Organisme en charge de la maintenance : … Siemens, Fujifilm, Primax, GE healcare ……………..……………

Fréquence des visites : …1 / an - 2/ an primax et 4/an GE ………………………

Date des visites de maintenance (par sources/appareil) au cours des 2 dernières années : voir inventaire

Les sources/appareils ont-ils fait l’objet au cours des 2 dernières années d’une information particulière de l’ARH, de l’ASN, ou de l’AFSSAPS : OUI  NON

- si oui, laquelle : …………………………………………………………………………………………………………………..

**CONTROLE :**

Organisme en charge de la maintenance : …APAVE………………………………………………………………..……………

Fréquence des visites : ……1/an……………

Date des visites de maintenance (par sources/appareil) au cours des 2 dernières années : voir inventaire

**DEPLACEMENTS :**

Y a-t-il déplacements des sources dans l’enceinte du site : OUI  NON

Dans l'affirmative, préciser :

L'appareil de mobile qui se déplace en salle de réveil et services

**TRANSFERTS OU LIMITATIONS DE RESPONSABILITÉ CIVILE, RENONCIATIONS A RECOURS CONSENTIES PAR L’ETABLISSEMENT DANS LE DOMAINE DES SOURCES DE RAYONNEMENTS IONISANTS :**

Existe-t-il un accord quelconque de transfert / limitation de responsabilité / renonciation à recours : OUI  NON

Dans l'affirmative, indiquer en annexe les personnes ou sociétés vis à vis desquelles le souscripteur a renoncé à exercer ses droits à recours (fabriquant / maintenance / médecin…).