**"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** : POLE SANTE SARTHE ET LOIR

**SITUATION DU RISQUE (localisation / établissement) :**

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. : 0 / 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 : 0

*Nom du ou des PCR, et de l’entreprise : Aurélie Trucheau et Morgane Normand, Pôle Santé Sarthe et Loir*

**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 : 35…

**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 : 9 appareils

**utilisation mÉdicale :**

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

**Dr ATEK tous les equipements de radiodiagnostic et scanner**

**dr ZIGBE tous les equipements de radiodiagnostic et scanner**

**dr Ayar mobile de radioscopie**

**dr blanchard mobile de radioscopie**

**dr duplay mobile de radioscopie**

**dr giorgi mobile de radioscopie**

**dr brecheteau mobile de radioscopie**

Effectif total des préposés (non médecins) directement affectés aux travaux sous rayonnements : …35

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 : service après-vente des constructeurs des équipements

Fréquence des visites : 1 à 2 fois par an sauf scanner : 3 fois par an

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

Scanner : janvier 2024 – mai 2024 – septembre 2024 – janvier 2025

Mammographe : avril 2024 – novembre 2024 –avril 2025

Salle télécommandée avec suspension : mise en service en décembre 2023 – maintenance en décembre 2024

Salle télécommandée : mars 2024 – septembre 2024 – mars 2025

Mobile de radiologie : février 2024 – février 2025

Ampli de bloc 1 : septembre 2024

Ampli de bloc 2 : septembre 2024

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 fois par an

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

Scanner : février 2023 – mars 2024

Mammographe : avril 2023 – octobre 2023 – avril 2024 – octobre 2024

Salles télécommandées, mobile de radio : octobre 2023 et octobre 2024

Amplis de bloc : novembre 2023 et novembre 2024

**DEPLACEMENTS :**

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

Dans l'affirmative, préciser :

Mobile de radiologie vers box des urgences et chambres des patients

**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…).