

فرم تعیین گروه و درصد فوق العاده کار با اشعه

۱- مشخصات مرکز : نام مرکز / بخش :

نشانی محل کار و تلفن : شماره تأییدیه مجوز کار با اشعه (سامانه سیناپ) :

تاریخ انقضای مجوز کار با اشعه مرکز: کداشتراک فیلم بچ بخش مربوطه :

۲- مشخصات و امتیازات پرتوکار

نام و نام خانوادگی پرتوکار : کد ملی: تلفن همراه :

آخرین مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی: گرایش تحصیلی:

نوع درخواست: برقراری تغییر درصد : درصد فعلی پرتوکار :

شماره فیلم بچ پرتوکار :

۳- مشخصات و امتیاز شرایط محیط کار

طبقه و عنوان فعالیت پرتویی :

حد اکثر امتیاز شرایط محیط کار برای گروه الف : برای گروه ب: گروه پرتوکاری : الف ب

عنوان شغل پرتوکاری: نوع شغل : شخص مسئول فیزیک بهداشت پرتوکار

۱-۳ تجربه کار با پرتو: سال ماه (به ازای هر سال سابقه ۰/۵ امتیاز تا سقف ۵ امتیاز)

عنوان شغل پرتوکاری	محل اشتغال	نام دستگاه/چشمه	گروه پرتوکاری	درصد پرتوکاری	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	امتیاز کسب شده
جمع امتیازات سابقه کار							

۲-۳ دوره های حفاظت در برابر اشعه

عنوان دوره	مؤسسه برگزارکننده	مدت دوره	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	امتیاز کسب شده
جمع امتیازات					

امتیاز کسب شده		عوامل ارزشیابی
گروه پرتوکاری ب	گروه پرتوکاری الف	
		بکارگیری آموزش های ایمنی و رعایت دقیق ملاحظات پرتوی در انجام فعالیت ها
		همکاری و هماهنگی مناسب با مسئول فیزیک بهداشت
		اطلاع رسانی به موقع موارد غیر عادی در حین انجام فعالیت پرتوی و ارائه نظرات سازنده
		استفاده و نگهداری صحیح تجهیزات مونیتورینگ فردی و حفاظت فردی
		مشارکت به موقع در برنامه های پایش سلامت پرتوکاران (انجام آزمایشات و معاینات پزشکی ، دزیمتری داخلی و...)
		حداکثر مجموع امتیازات

پرتوکار:	مسئول فیزیک بهداشت مرکز:	شخص قانونی (رئیس مرکز):
نام و نام خانوادگی و امضاء	نام و نام خانوادگی با مهر و امضاء	نام و نام خانوادگی با مهر و امضاء

۳-۴ جدول امتیاز (این جدول توسط کمیسیون ماده ۲۰ قانون حفاظت در برابر اشعه تکمیل می گردد).

تاریخ اجرا	درصد فوق العاده کار با اشعه مصوب (امتیاز نهائی تقسیم بر ۲)	امتیاز نهائی	امتیاز شرایط شاغل			شرایط محیط کار E				گروه پرتوکاری
			امتیاز رعایت اصول حفاظت پرتوی و میزان تاثیرگذاری در آن	امتیاز دوره های حفاظت در برابر اشعه	امتیاز تجربه کار با پرتو	M	T	R ₂	R ₁	

درصد فوق العاده کار با اشعه:

جمع کل امتیاز:

۴- نظر کمیسیون تشخیص پرتوکاری مراکز کار با پرتو :

کلیه مطالب مندرج در این فرم مورد تأیید قرار گرفت و آقای/خانم در فهرست پرتوکاران گروه مرکز منظور گردید.

اعضای کمیسیون تشخیص پرتوکاری مراکز کار با پرتو :

رئیس دانشگاه/نماینده تام الاختیار:	معاون توسعه دانشگاه:	مسئول فیزیک بهداشت کل:
نام و نام خانوادگی با مهر و امضاء	نام و نام خانوادگی با مهر و امضاء	نام و نام خانوادگی با مهر و امضاء