

**D-3**

**DEMANDE D’AUTORISATION D’UTILISATION**

**DE MATERIEL RADIOLOGIQUE DESTINE AU RADIODIAGNOSTIC**

* ***La loi 142-12 du 18 Septembre 2014 relative à la Sûreté et à la Sécurité Nucléaires et Radiologiques et à la création de l'Agence Marocaine de Sûreté et de Sécurité Nucléaires et Radiologiques ‘AMSSNuR’ ;***
* ***Décret n° 2-97-30 relatif à la protection contre les rayonnements ionisants ;***
* ***Décrets 2-97-132 du 25 Joumada II 1418 -28 Octobre 1997 relatif à l’utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires.***

|  |
| --- |
| 1. **DEMANDEUR :**   Nom et Prénom du Responsable de l’établissement :……………………………………………………………  Adresse de l’établissement : ……………………………….………………………………………………………  Tél : ……..……………GSM : ………………… Fax : …..……………Email : ………..…………..……………..  Statut juridique de l’établissement : ……………………………………………………………………………….  Activité : Clinique  Cabinet de radiologie  autre   à préciser …………………………  Fournisseur (s) : …………………………………………………………………………………………………….  Adresse : …………………………………………………………………………………………………………….  Numéro d’autorisation d’importation : ………………………………..……………………………………………. |

|  |
| --- |
| 1. **STATUT JURIDIQUE DE L’ETABLISSEMENT OU S'EXERCE L’ACTIVITE :**   Secteur Public □ Secteur Privé □  Nom : ……………………………………………………………………………………………………………….  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………  Tél : ………………………………… Fax : ………………………………. Email : …………………………….  Statut Juridique : …………………………………………….  N° d’agrément : ………………………................  ou N° d’autorisation d’exercice pour le secteur privé :………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **MEDECINS PRATICIENS AUTORISES A L’UTILISATION DES SRIs A DES FINS MEDICALES :** (Art. 98, 100 et 101 de la loi 142-12)   Nom :.......................................................................................... Prénom :................................................................  Profession :............................................................................... Titre :……...............................................................  Tél : …………………………. Fax : ………………………… Email : ………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **PERSONNE SPECIALISEE EN RADIOPHYSIQUE MEDICALE**   Nom : ……………………….. Prénom : …………………………..  Diplôme : ……………………………….  Tél : …………………………. Fax : ……………………………… Email : …………………………………….   * Temps plein * Temps partiel (nombre d’heures/mois) : ………………………………………………………………….. |

1. **CARACTERISTIQUES TECHNIQUES DU MATERIEL :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Implantation prévue des Appareils RX | | Caractéristiques des appareils RX | | | | | |
| Bâtiment /  Etage | Identification de la Salle | Type d’appareil RX | Fournisseur | Fabriquant/  Marque | Type/Model | N° de Série | Année de fabrication |
|  |  |  |  |  | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. |  |
|  |  |  |  |  | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. |  |
|  |  |  |  |  | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. |  |
|  |  |  |  |  | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. | Tube/ ……………………  Générateur : ………………. |  |

***Note : Pour le matériel ancien, joindre une note précisant sa première affectation et éventuellement les réparations effectuées et leurs dates.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DECLARATION DU MATERIEL GENERATEUR DE RAYONS-X DETENUS AVANT LA PRESENTE DEMANDE :**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Salle n°** | **Radio-**  **graphie** | **Scanner** | **Mammo-graphie** | **Scopie** | **Rétro-**  **alvéolaire** | **Panoramique**  **dentaire** | **Amplificateur**  **de brillance** | **Radio-**  **photo** | **Angio-**  **graphie** | **Autre à**  **préciser** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **7- PERSONNE COMPETENTE EN RADIOPROTECTION**  Je désigne sous ma responsabilité, M./ Mme./ Mlle. :……………………………………………………………  Qualité :…………………………………………………………………………………………………………  Attestation de formation en radioprotection :……………………………………………………………………  Tél : ………………………………… Fax : ……………………………Email  : …………………………  Comme personne compétente en radioprotection pouvant répondre à tout moment à une demande d'information et faire face à une éventuelle situation d'urgence radiologique. |
|  |
| **8- MEDECIN DE TRAVAIL :**  Nom et Prénom :…………………………………………………………………………..………………………..  Spécialité :…………………………………………………………………………………………………………  Adresse professionnelle :……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………..  Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………….  Tél :…………………… Fax : ………………………………… Email : ……………………………………  Date d’engagement avec l’établissement : ……………………………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9- TRAVAILLEURS EXPOSES AUX RAYONNEMENTS IONISANTS**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Utilisateurs** | **Nombre** | **Classification radiologique des travailleurs** | | Médecins radiologues |  |  | | Autres médecins spécialisés (cardiologues, radiologues interventionnels,…) |  |  | | Radiophysiciens |  |  | | Manipulateurs en électroradiologie médicale |  |  | | Infirmier(ère)s |  |  | | Autres à préciser |  |  | |

|  |
| --- |
| **10- DOCUMENTS A FOURNIR**  **10a - POUR LA RADIODIAGNOSTIQUE MEDICALE :**  - Demande d’autorisation d’utilisation adressé à AMSSNuR, signée et cachetée par le responsable de l’établissement ;  - Formulaire de demande d’autorisation d’utilisation fourni par l’AMSSNuR dûment complété, signé et cacheté par le responsable de l’établissement ;  - Document attestant de l’abonnement à la dosimétrie et à la surveillance médicale d’embauche pour les personnes exposées ;  - Une copie de l’attestation de réussite du PCR ;  - Une copie de l’autorisation d’ouverture de la clinique délivrée par le SGG ou une copie de l’attestation de conformité du cabinet de radiologie délivrée par le Conseil National de l’Ordre National des Médecins ;  - Une copie du diplôme du radiologue avec une attestation d’embauche ou une copie de la convention médicale visée par le Conseil National de l’Ordre National des Médecins ;  - Une copie de la facture d’achat des moyens de protection (blouses plombées, gants plombés, lunettes anti-X, paravents de protection…) ;  - Des copies des diplômes des techniciens de radiologie ;  - Un plan détaillé des locaux où sont détenus et/ou utilisés les appareils de radiologie en mentionnant l’aménagement et les dimensions de ces locaux ;  - Le rapport de sûreté et de radioprotection ;  - Les consignes de sécurité applicables en matière de radioprotection dans l’installation.  **10b - POUR LA RADIOLOGIE DENTAIRE :**  - Demande d’autorisation d’utilisation adressée à AMSSNuR, signée et cachetée par le responsable de l’établissement ;  - Formulaire de demande d’autorisation d’utilisation fourni par AMSSNuR dûment complété, signé et cacheté par le responsable de l’établissement ;  - Document attestant de l’abonnement à la dosimétrie et à la surveillance médicale d’embauche pour les personnes exposées ;  - Une copie de l’autorisation d’exercer délivrée par le Conseil National de l’Ordre National des Chirurgiens-Dentistes ;  - Une copie du diplôme de médecine dentaire pour un appareil de radiologie rétro-alvéolaire ou d’Orthodontie en cas d’un appareil de radiologie panoramique ;  - Un plan détaillé des locaux où sont détenus et/ou utilisés les appareils de radiologie en mentionnant l’aménagement et les dimensions de ces locaux ;  - Le rapport de sûreté et de radioprotection ;  - Les consignes de sécurité applicables en matière de radioprotection dans l’installation. |

|  |
| --- |
| **11- ENGAGEMENT :**  Je certifie l’exactitude des déclarations ci-dessus et je m’engage à :   * Aviser sans délai, AMSSNuR de tout changement aux indications de la présente demande. * Respecter les normes de sécurité et de radioprotection. * Disposer de consignes de sécurité et de travail en lien avec l’exercice de l’activité nucléaire. * Disposer des instructions de sécurité, d’utilisation et d’entretien des appareils. * Entreposer les appareils dans des conditions de sécurité particulières, établies durant l’instruction du dossier et reprises dans l’autorisation. * Etablir un plan de contrôle qualité des appareils RX. * Ne laisser l’accès aux appareils qu’à des personnes informées sur les risques. * Assurer une surveillance dosimétrique au personnel exposé aux rayonnements ionisants relevant de mon établissement. * Garantir la formation du personnel à la manipulation des sources de rayonnements ionisants, à la radioprotection et aux actions à engager en cas d’incident. * Mettre en œuvre les bonnes pratiques professionnelles. |

Fait à :………………………, le……………………..

Cachet et Signature du Directeur :