

**D-5**

|  |
| --- |
| **DEMANDE D’AUTORISATION D’IMPORTATION ET D’UTILISATION D’ACCELERATEURS DE PARTICULES DANS LE CADRE DE L’ACTIVITE** **DE RADIOTHERAPIE EXTERNE**  |

* ***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 ;***
* ***Décret 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** :

Je soussigné(e) (Nom et prénom) :………………………………………………………………...............................Qualité :…………………………………………………………………………………….....................................Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................Tél :……………………………………Fax : ………………………Email :…………………................................. |

|  |
| --- |
| 1. **IMPORTATEUR \*:**

Nom et Prénom :………………………………………………………………….......................................Fonction dans l’établissement : …………………………………..............................................................................Adresse :………………………………………………………………………………………………………………Tél :……………………………………Fax : ………………………Email :…………………..............Statut Juridique et registre de commerce :……………………………………………………………………… |

**\***A remplir si Etablissement Importateur et Etablissement Utilisateur sont différents

|  |
| --- |
| 1. **STATUT JURIDIQUE DE L’ETABLISSEMENT OU S’EXERCE L’ACTIVITE :**

 Public □ Privé □Préciser le lieu d’utilisation des radioéléments (joindre un plan) :Surface de la salle :……………. m² Nombre de parois accessibles :……………………………….…………………………………………………………………………………………………….……………………N° d’agrément : …………………………………………………..…………………………………………………..Ou N° d’autorisation d’exercice pour le secteur privé : ……………………………………………………………… |
|  |
| 1. **MEDECIN DE TRAVAIL :**

Nom et Prénom :…………………………………………………………………………..………………………..Spécialité :……………………………………………………………………………………………………………Adresse professionnelle :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………..Tél :…………………………………………………………………………………………………………………Date d’engagement avec l’établissement :…………………………………………………………………………. |

1. **PERSONNE COMPETENTE EN RADIOPROTECTION :**

Je désigne sous ma responsabilité, M./ Mme/ Mlle :………………………………………………..…………

Qualité :………………………………………………………………………………………………………..

Diplômes :…………………………………………………………………………………………………….

Adresse personnelle : ………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

Comme personne compétente en physique médicale et en radioprotection, pouvant répondre à tout moment à une demande d'information et faire face à une éventuelle situation d'urgence radiologique.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **UTILISATEURS DE L’INSTALLATION**

**Praticiens utilisateurs** (Seuls des médecins radiothérapeutes peuvent être désignés comme utilisateurs de l’installation)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom**  | **Tél** | **Email**  |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PERSONNE(S) SPECIALISEE(S) EN RADIOPHYSIQUE/ PHYSIQUE MEDICALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom**  | **Tél** | **Email**  |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **CARACTERISTIQUES TECHNIQUES DE L’INSTALLATION**

Accélérateur de particules :* Marque :…………………………….type :……………………………N° de Série/………………………..
* Année de fabrication :…………………………………………..
* Fabricant :………………………………………………………..
* Origine : □ neuf □ occasion
* Provenance (nom et adresse de l’établissement) :………….............................................................

…………………………………………………………………………………………………..* Date de mise en service :………………………………………………………
* Energie maximale du faisceau de rayonnement utilisé pour le traitement :
* Photons :…………………….MeV Débit de dose maximal à 1 m……………Gy/min
* Electrons :…………………. MeV Débit de dose maximal à 1 m……………Gy/min
* Système de repositionnement du patient utilisant un générateur à rayons X :

□ Oui :…………………… □ Non :………………………………* Dénomination :……………………………………………………………………………………………….
 |
| 1. **MOYENS DE PROTECTION ET DE DETECTION** :
2. Appareils de mesure :
* Indiquer la marque et le type :…………..........................................................................................................
* Débit max :………………………………………………………………………………...............................
* Débit min :……………………………………………………………………………………………………
1. Autres équipements (joindre les catalogues si possible) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **SURVEILLANCE DE L’EXPOSITION DES TRAVAILLEURS EN POSTE DANS L’INSTALLATION**
* Nombre de travailleurs intervenant dans l’installation :…………………………………………………..
* Nombre de travailleurs classés :
* Catégorie A :……………………..
* Catégorie B :………………………
* Autres :………………………….

 ***La surveillance individuelle de l’exposition externe est obligatoire pour tout travailleur appelé à intervenir en zone contrôlée ou en zone surveillée.*** |

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DU DOSSIER DE DEMANDE D’AUTORISATION** |

En vertu de l’article 45 de la loi 142-12 relative à la sûreté et la sécurité nucléaires et radiologiques ainsi que l’article 51 du décret 2-97-30 portant sur la protection contre les rayonnements ionisants, le dossier d’autorisation doit obligatoirement être composé de ce formulaire, accompagné des pièces suivantes :

1. Copie des documents attestant des statuts juridiques de l’établissement importateur et l’établissement utilisateur si différents ;
2. L’attestation du fabricant relative aux caractéristiques des équipements électriques émettant des rayonnements ionisants (fabricant ou marque, type, numéro de série ou d’identification, année de fabrication, année de mise en service) ;
3. Attestation garantissant le bon état général (qualité du faisceau, fonctionnement mécanique, système de sécurité,…) de l’appareil de radiothérapie s’il a plus de 10 ans, établi par le fabricant ou son représentant ;
4. Plan définitif de l’installation précisant la nature et l’épaisseur des parois, y compris les dalles du plancher et du plafond ainsi que la destination des pièces adjacentes et la délimitation des zones réglementées, accompagné des éléments justifiant le classement de ces zones ;
5. Plan de masse de l’établissement avec indication des locaux du service de radiothérapie ;
6. Le descriptif de l’aménagement des locaux où sont détenues ou utilisées les sources de rayonnements ionisants, incluant les systèmes de sécurité concourant à la radioprotection, équipant l’installation (signalisations lumineuses, sécurité de portes, arrêts d’urgence, interphone, système vidéo, etc.) ;
7. Note de calcul justifiant les protections retenues autour de la salle d’irradiation ;
8. Liste du matériel de mesure et de détection des rayonnements ;
9. Liste d’équipements destinés au repérage radiologique, à la simulation et à la dosimétrie ;
10. Copie des diplômes ou d’attestations de qualification en oncologie radio-thérapique de l’ensemble des praticiens utilisateurs de l’installation ;
11. Copie des attestations en physique médicale /radio physique de l’ensemble des personnes chargées de la physique médicale ;
12. Note précisant la nature des activités de la personne spécialisée en physique médicale attachée à l’installation. Ce document devra être signé conjointement par ce spécialiste et le titulaire de l’autorisation ;
13. Copie de l’attestation de réussite à la formation en radioprotection délivrée, par un organisme agréé (PCR français ou équivalent), à la personne désignée à ce titre par le demandeur de l’autorisation, accompagnée du document attestant de la désignation du PCR par l’exploitant et mentionnant ses missions et les moyens mis à disposition ;
14. Copie du règlement intérieur précisant les consignes de sécurité applicables dans l’installation.

|  |
| --- |
| **TRES IMPORTANT** |

* Si votre établissement détient une ou plusieurs sources radioactives d’activité résiduelle quelconque ou si vous détenez un générateur de rayonnements ionisants non déclaré, il faut immédiatement informer AMSSNuR pour étudier le devenir de ce matériel.
* Il vous est scrupuleusement interdit de :
* Vendre ou céder ce matériel à un autre établissement public, privé ou à toute personne sans autorisation d’AMSSNuR.
* Stocker ou détruire ce matériel ni par vous-même ni par toute autre personne compétente ou non en radioprotection.

Démanteler ce matériel, sauf par des personnes autorisées et compétentes en présence d’une équipe d’AMSSNuR.

* Transporter sur les routes nationales ou d’exporter à l’étranger ce matériel sans autorisation préalable d’AMSSNuR.

|  |
| --- |
| **ENGAGEMENT** |

Je certifie l’exactitude des déclarations susmentionnées et je m’engage à :

1. Respecter les conditions particulières de détention et d’utilisation qui sont notifiées après réception des sources radioactives ou d’appareils émetteurs de rayonnements ionisants.
2. Ne céder ou ne prêter, à quelque titre que ce soit, les sources de rayonnements ionisants qu’à des personnes dûment autorisées, et n’acquérir ces sources qu’auprès de personnes dûment autorisées.
3. Aviser sans délai, AMSSNuR de tout changement aux indications de la présente demande.
4. Respecter toutes les consignes de sécurité et de radioprotection qui me sont dictées, conformément à la législation nationale.
5. Embaucher le personnel manipulateur titulaire d’un Certificat d’Aptitude à la Manipulation de radioéléments et des appareils émetteurs de rayonnements ionisants reconnu par le Ministère de la Santé.
6. Mettre mon personnel exposé aux rayonnements ionisants sous surveillance dosimétrique et le soumettre au contrôle médical à l’embauche, et au minimum tous les six mois.
7. 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.
8. Mettre en œuvre les bonnes pratiques professionnelles.
9. Disposer de consignes de sécurité et de travail en lien avec l’exercice de l’activité radiologique.
10. Disposer des instructions de sécurité, d’utilisation et d’entretien des appareils.
11. Entreposer les appareils dans des conditions de sécurité particulières établies durant l’instruction du dossier et reprises dans l’autorisation.
12. Ne laisser l’accès aux appareils qu’à des professionnels informés sur les risques.
13. Prévenir le plut tôt possible AMSSNuR en cas de perte ou de vol de radionucléides ou d’incident impliquant des rayonnements ionisants.
14. Ne pas céder, vendre ou réformer le matériel émetteur de Rayons X quelque soit sa nature sans avis préalable d’AMSSNuR.
15. Ne pas stocker, éliminer, détruire ou endommager ce matériel radioactif sans autorisation d’AMSSNuR.
16. Déclarer toute source de rayonnements ionisants, en état de fonctionnement ou non, propriété de mon établissement.
17. Ne pas transporter sur les routes nationales ni exporter à l’étranger ce matériel sans autorisation préalable d’AMSSNuR.
18. Aviser AMSSNuR en cas de transfert de matériel radiologique en dehors de l’établissement déclaré.

Fait à : ……………………, le ……………………….

Cachet et signature du Demandeur :