

MODELO DE INFORME ANUAL PARA INSTALACIONES RADIATIVAS DE 2ª Y 3ª CATEGORIA.

1.- DATOS DE REFERENCIA DE LA INSTALACIÓN.

- * DENOMINACIÓN:
- * TITULAR:
- * DIRECCIÓN:
- * LOCALIDAD:
- * PROVINCIA:
- * TELÉFONO:
- * Nº REFERENCIA: (1)
- * TIPO DE INSTALACIÓN: (2)

(1).- Referencia del Registro de la Autoridad Competente de Industria.

(2).- tipo de instalación:

- COMERCIALIZADORA
- INDUSTRIAL
- INVESTIGACIÓN/DOCENCIA
- MEDICA

2.- DATOS SOBRE EL PERSONAL DE OPERACIÓN DE LA INSTALACIÓN.

NOMBRE	FUNCIÓN EN LA INSTALACIÓN (4)	LICENCIA (SI/NO) TIPO (5)	FECHA ALTA / BAJA EN LA INST.	DOSIS ACUMULADA (mSv) (6)		DOSIS MÁXIMA MENSUAL (mSv) (6)		FECHA RECONOCIMIENTO MÉDICO	RESULTADO RECONOCIMIENTO (apto /no apto)
				S	P	S	P		

S. Superficial P. Profunda

(4) Médico especialista, ATS, Técnico, Almacenista, Conductor, Ayudante de Radiografía, etc.

(5) operador o supervisor

(6) Si se dispone de dosimetría de manos/muñeca, se consignarán también los datos de la misma.

CENTRO LECTOR DOSIMETRÍA:

SERVICIO MÉDICO ESPECIALIZADO:

DOSIMETRÍA ÁREA (cumplimentar sólo si se aplica esta dosimetría)

UBICACIÓN DOSÍMETRO	PERIODICIDAD LECTURA	DOSIS ACUMULADA (mSv)

3.- DATOS DE LA VIGILANCIA RADIOLÓGICA AMBIENTAL.

ZONAS DE MEDIDA	TIPO MEDIDA (radiación / contaminación)	EQUIPO UTILIZADO	PERIODICIDAD	NIVEL MÁX. DETECTADO	FECHA MEDIDA

4.- DATOS OPERACIONALES (cumplimentar según tipo de instalación radiactiva)

4.1.- TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO DE LA INSTALACIÓN

(cumplimentar únicamente por las instalaciones cuyo funcionamiento es discontinuo)

EQUIPO marca/modelo	HORAS DE FUNCIONAMIENTO (7)

(7) Se indicará si algún equipo o fuente ha quedado fuera de uso definitivamente.

4.2.- VERIFICACIONES y/o ASISTENCIA TÉCNICA

4.2.1.- MONITORES DE RADIACIÓN

EQUIPO marca/modelo	FIJO O PORTÁTIL	VERIFICACIÓN		CALIBRACIÓN	
		Fecha	Responsable	Fecha	Entidad acreditada

NOTA: Si se utilizan dosímetros de lectura directa se incluirán los datos de sus verificaciones

4.2.2.- EQUIPOS EMISORES DE RADIACIONES IONIZANTES

EQUIPO marca/modelo/nº serie	REVISIONES		
	FECHA	ENTIDAD	RESULTADO

4.2.3.- FUENTES RADIATIVAS ENCAPSULADAS

ISÓTOPO	ACTIVIDAD	Nº SERIE	PRUEBAS DE HERMETICIDAD		
			FECHA	ENTIDAD	RESULTADO

4.2.4.- SISTEMAS DE SEGURIDAD (blindajes, enclavamientos, señalizaciones, etc.)

SISTEMA	REVISIÓN	
	FECHA	RESULTADO

4.3.- SIMULACROS DE EMERGENCIA (cumplimentar sólo si procede)

Fecha:
Resultado:

4.4.- COMERCIALIZACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIAL RADIATIVO

(a cumplimentar únicamente por instalaciones radiactivas de comercialización, la información puede ser suministrada en Anexo al informe anual)

- * LISTADO DE SUMINISTRADORES
- * LISTADO DE CLIENTES: IDENTIFICACIÓN
- * TOTAL EQUIPOS IMPORTADOS /VENDIDOS (SI CON FUENTE, IDENTIFICAR ISÓTOPO Y ACTIVIDAD)
- * TOTAL DESGLOSADO POR ISÓTOPOS DE MATERIAL RADIATIVO IMPORTADO/ VENDIDO. (ACTIVIDAD EN MBq/mCi)
- * INVENTARIO EN INSTALACIÓN A 31 DE DICIEMBRE

4.5.- ADQUISICIÓN DE MATERIAL RADIATIVO (excepto para instalaciones de comercialización)

4.5.1.- MATERIAL RADIATIVO NO ENCAPSULADO.

ISÓTOPO	FRECUENCIA DE RECEPCIÓN	ACTIVIDAD MAX. RECIBIDA	SUMINISTRADOR

4.5.2.- FUENTES ENCAPSULADAS

(a cumplimentar únicamente si se ha realizado adquisición o cambios de fuentes)

ISOTOPO	CARACTERIZACIÓN DE LA FUENTE			FECHA SUMINISTRO	SUMINISTRADOR
	Nº SERIE	EQUIPO ASOCIADO (marca /modelo)	ACTIVIDAD		

4.5.3.- EQUIPOS EMISORES DE RADIACION

MARCA	MODELO	FECHA DE SUMINISTRO	SUMINISTRADOR

4.6.- GESTIÓN DE RESIDUOS

4.6.1.- CONTRATO CON ENRESA:

(si se dispone de contrato con ENRESA, cumplimentar la siguiente tabla)

FECHA RETIRADA	TIPO DE RESIDUO

4.6.2.- GESTIÓN POR LA PROPIA INSTALACIÓN. (Si dicha gestión está considerada en la Autorización de la instalación radiactiva)

ISÓTOPO	ESTADO FÍSICO	TIEMPO ALMACENAMIENTO	ACTIVIDAD MEDIDA O ESTIMADA	FECHA EVACUACIÓN	VÍA DE EVACUACIÓN	PERSONA RESPONSABLE

4.6.3.- OTRO TIPO DE GESTIÓN (Retirada por suministrador, transferencia a otra instalación autorizada, etc.)

MATERIAL RETIRADO	DESTINO	FECHA

4.6.4.- GESTIÓN A CLIENTES .

(a cumplimentar únicamente por entidades autorizadas que presten este servicio)

CLIENTE	TIPO DE FUENTE (encap. o no encapsulada)/ ISÓTOPO	ACTIVIDAD RESIDUAL	FECHA DE RECEPCIÓN	DEVOLUCIÓN A PAÍS ORIGEN (FECHA)

4.7.- TABLA RESUMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LA INSTALACIÓN

(contendrá anotaciones breves y claras)

FECHA	(8)

(8) CONTENIDO:-Incidencias/accidentes (en el funcionamiento general , en el transporte, con equipos/ fuentes en la propia instalación o comunicadas por el fabricante y que han tenido lugar en otros países, dosis superiores a límites o a niveles de investigación o de restricción de dosis): descripción, análisis y medidas adoptadas, personas que han intervenido, y en su caso referencia al informe mandado al CSN en los diez días posteriores.

-Cambios en procedimientos y su adaptación en el Reglamento de Funcionamiento o Plan de Emergencia.

-Cualquier otra información que se estime conveniente.