

Dénomination du cabinet/service	Fiche d'exposition Personnel exposé aux rayonnements ionisants (Art. R 231-92 du code du travail)	
Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Sexe :	masculin      féminin
<b>Nature du travail effectué :</b>		
Médecin radiologue	Anesthésiste	
Manipulateur	IDE	
ACIM	Aide-soignant	
Médecin intervenant (gastro, cardio,...) Précisez :	Autre personnel du bloc opératoire	
Chirurgien	Autre. Précisez :	
<b>Nature des rayonnements ionisants : rayonnement X radiodiagnostique médical (27 à 130 kV)</b>		
<b>Caractéristiques des sources émettrices :</b>		
Table télécommandée	Amplificateur de brillance	
Suspension plafonnrière	Orthopantomogramme	
Mammographe	Télécrâne	
Ostéodensitomètre RX	Tomographie multidirectionnelle	
Appareil mobile	Cabinet dentaire	
<b>Période d'exposition :</b>		
Temps plein (35h/semaine)	Exposition habituelle	
Temps partiel. Précisez le nombre d'h/semaine :	Exposition occasionnelle	
Intervenant occasionnel. Précisez le nombre d'h/semaine :		
<b>Classification retenue :</b>		
Catégorie A	Catégorie B	
<b>Surveillance dosimétrique :</b>		
Dosimétrie active	Dosimétrie passive mensuelle Dosimétrie passive trimestrielle	Dosimétrie poitrine Dosimétrie poignet Dosimétrie bague
<b>Equipements de protection individuels disponibles :</b>		
Tablier plombé	Lunettes plombées	
Cache-thyroïde	Paravent plombé	
Gants plombés	Autre. Précisez :	
Exposition anormale (conditions d'exercice inhabituelles) : Décrire la durée et la nature de l'exposition :		
<b>Autres risques professionnels (d'origine physique, chimique, biologique, organisationnelle) :</b>		
Cf. le Document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (Art.L.230-2 du code du travail)		

Nom et adresse du médecin du travail :

Visa du salarié :

Nom, prénom et visa de la PCR :

Date d'établissement de la fiche :