

Plage pour cachet / adresse de  
correspondance

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ 20\_\_

**Monsieur Étienne Schneider**  
**Ministre de la Santé**  
**Villa Louvigny – Allée Marconi**  
**L-2120 Luxembourg**

**Concerne : Demande d'autorisation pour un/des appareil(s) à rayons X**

Je soussigné(e),.....  
en qualité de .....  
domicilié(e) à (adresse de la résidence privée).....  
demande l'autorisation d'utilisation de mes propres appareils RX pour radiographie suivant inventaire(s) en annexe.

Mon/mes appareils RX sera/seront contrôlé(s) par ....., expert agréé par le Ministre de la Santé. Au cas, où je ferai intervenir un autre expert dûment agréé, je m'engage d'en informer la Division de la Radioprotection par FAX (467522) ou mail (secretariat.radioprotection@ms.etat.lu) dès prise du rendez-vous.

Le nombre de personnes à occuper dans les différents secteurs est de :

- médecin(s)-dentiste(s)  
Veuillez indiquer les noms.....  
 médecin(s)-spécialiste(s)  
 assistant(e)s dentaire  
 secrétaire(s)  
 autres (.....)

Je sais que

- les radiographies ne peuvent être réalisées que par des médecins-dentistes dûment autorisés à pratiquer le radiodiagnostic dentaire et en aucun cas par d'autres personnes
- le médecin-dentiste n'est pas autorisé à réaliser et à interpréter les radiographies des mains et poignets.

Je déclare que les données fournies sont sincères et exactes.

(signature)

Pièces obligatoires à fournir<sup>(1)</sup> par le demandeur (cocher ou spécifier dans la case<sup>(2)</sup> le nombre de documents fournis):

(1) (2)

- Preuve d'une formation en radioprotection (pas nécessaire pour les médecins autorisés à pratiquer le radiodiagnostic ou autorisés à détenir et utiliser un ou plusieurs appareils RX)
- (Projet de) contrat d'assurance de responsabilité civile couvrant le risque radiologique (utilisation d'appareils RX) et indiquant le lieu du risque / ou étendue territoriale
- Plan(s) des locaux de radiographie indiquant la position de la tête du patient lors de l'exposition aux RX
- Relevé des matériaux et épaisseurs des murs de la (les) salle(s) de radiographie
- Inventaire des appareils RX

## Annexe I : Inventaire des appareils générant des rayons X

à remplir pour chaque appareil générant des rayonnements ionisants sujet à l'autorisation

Adresse du cabinet :

| Fabricant | Modèle | Fonction(*)<br>(IO, OPG, TR) | Plage kV<br>(tension min et max du tube) | mAmax<br>(courant max. de l'anode) | Année de fabrication de l'appareil | Etage | Nom du dernier propriétaire<br>(médecin dentiste ou installateur) | Autorisation existante<br>(si oui N°) | Mise hors service?<br>(Oui/non) | Démonté/repris par<br>(nom de la firme ou du médecin) |
|-----------|--------|------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|-------|---|---------------------------------------|---------------------------------|---|
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|           |        |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |

Je déclare qu'il n'y a pas d'autres appareils générant des rayonnements ionisants à l'adresse indiquée ci-dessus.

J'estime ne pas dépasser en moyenne \_\_\_\_\_ radiographies IO et \_\_\_\_\_ actes sur OPG par semaine (somme pour tous les utilisateurs des appareils RX).

- Je ne dispose pas d'appareils RX à d'autres adresses.
- Je dispose encore d'appareils RX à d'autres adresses (voir inventaire(s) en annexe II).

|        |                    |
|--------|--------------------|
| Date : | Nom et Signature : |
|--------|--------------------|

(\*) : **Fonction** : IO=intraoral, OPG= orthopantomographe, TR= OPG avec téléradiographie

**Attention** : Le tomographe axial transverse avec calculateur intégré (« cone beam », « CBCT », « DVT ») n'est pas autorisé au secteur extra-hospitalier !

## Annexe II : Inventaire des appareils générant des rayons X à d'autres adresses

à remplir pour chaque appareil générant des rayonnements ionisants sujet à l'autorisation

| <b>Annexe II : Inventaire des appareils générant des rayons X à d'autres adresses</b><br>à remplir pour chaque appareil générant des rayonnements ionisants sujet à l'autorisation |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|--|--------------------|------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|-------|---|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| Adresse du cabinet :   |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
| Fabricant  | Modèle             | Fonction(*)<br>(IO, OPG, TR) | Plage kV<br>(tension min et max du tube) | mAmax<br>(courant max. de l'anode) | Année de fabrication de l'appareil | Etage | Nom du dernier propriétaire<br>(médecin dentiste ou installateur) | Autorisation existante<br>(si oui N°) | Mise hors service?<br>(Oui/non) | Démonté/repris par<br>(nom de la firme ou du médecin) |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
|  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
| Je déclare qu'il n'y a pas d'autres appareils générant des rayonnements ionisants à l'adresse indiquée ci-dessus.  |                    |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |
| Date :   | Nom et Signature : |                              |  |                                    |                                    |       |   |                                       |                                 |   |

(\*) : **Fonction** : IO=intraoral, OPG= orthopantomographe, TR= OPG avec téléradiographie

**Attention** : Le tomographe axial transverse avec calculateur intégré (« cone beam », « CBCT », « DVT ») n'est pas autorisé au secteur extra-hospitalier !