

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 en médecine vétérinaire

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) vétérinaire (y compris le/la soussigné(e)) dont ___ utilisateurs de RX*
Veuillez indiquer les noms _____
- assistant(es) de médecine vétérinaire dont ___ susceptibles à être à proximité du champs RX*
- secrétaire(s)
- autres personnes(_____)

* : demande dosimètre :

http://www.guichet.public.lu/entreprises/catalogue-formulaires/postes-risques/demande-dosimetre/demande-dosimetre_FR.pdf

Je déclare que les données fournies sont sincères et exactes.

(signature)

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

(1) (2)

- Preuve d'une formation en radioprotection (pas nécessaire pour les médecins-vétérinaires autorisés à détenir et/ou à utiliser des 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 vétérinaire indiquant la position de l'animal lors de l'exposition aux RX
- Relevé des matériaux et épaisseurs des murs de la (les) salle(s) de radiographie
- Inventaire des appareils RX

Critères d'acceptabilité des plans :

Pour chaque plan introduit, veuillez spécifier l'adresse et l'étage.

- a) **Le plan général** indique les locaux situés à moins de 20 m du local contenant les sources de rayonnement ionisant (appareils RX). Il indique également la destination de ces locaux (p.ex. voisin (préciser : maison d'habitation, magasin, ...), couloir, salle d'attente, secrétariat, escalier, jardin, parking, cave, trottoir, etc. ...).

Au cas, où la dalle et le plafond sont en béton ou béton armé et présentent une épaisseur de 18 cm ou plus, il n'est pas nécessaire de fournir des plans des étages supérieures et inférieures et il suffit d'indiquer si ces locaux font partie du cabinet ou non et s'il s'agit d'une cave ou grenier sans occupation régulière ou de zones où peuvent séjourner des personnes.

- b) **Plan de la/chaque salle de radiologie**

Un croquis précis à l'échelle sera également accepté, pourvu qu'il soit signé par le médecin et que les informations suivantes sont disponibles pour chaque source de rayonnements ionisants (appareil RX) :

- identification (nom) de l'appareil RX (s'il y en a plusieurs)
- la position du « **patient** » lors de la prise du cliché (exposition aux rayons X)
- la position du (des) **déclencheur(s)**. (ATTENTION : L'installation et l'utilisation d'un déclencheur susceptible à être confondu avec un bouton pour allumer la lumière ou pouvant être déclenché par inadvertance est interdite)
- le ou les murs frappés par le rayonnement primaire (atténué)
- **l'épaisseur** et le **matériel** de la **dalle** et du **plafond**
- l'épaisseur et le matériel de **chaque mur** de la salle contenant l'appareil RX
- la protection supplémentaire éventuelle de la (des) porte(s) (mm plomb)
- tous les **accès** à la salle RX (portes, y compris celles menant p.ex. à un balcon)
- toutes les fenêtres (y compris celles entre deux murs intérieurs)
- tous les endroits où l'épaisseur du mur peut être réduite (p.ex. près des radiateurs, ...) – indiquer le matériel et l'épaisseur réduite pour ces murs
- l'affectation de chaque salle du cabinet vétérinaire limitrophe à la salle RX ; veuillez spécifier l'endroit précis du secrétariat ou d'autres postes de travail susceptibles à être occupé pendant la prise des clichés radiologiques (position de la chaise de la secrétaire, etc. ...).
- d'éventuels autres mesures de protection et de sécurité prévues

Critères d'acceptabilité de l'Assurance :

Il est impératif de fournir un (projet de) contrat d'assurance de responsabilité civile couvrant l'utilisation de sources de rayonnement ionisants (appareils RX ; radiodiagnostic vétérinaire). Ce document indique les lieux du risque ou une étendue territoriale (p.ex. que l'assurance est valable sur l'ensemble du territoire du Grand-Duché de Luxembourg ou de l'Union Européenne ; important surtout pour la radiologie mobile chez le client). L'attestation d'assurance doit être plus récent que 3 ans. Une copie de l'extrait de virement lié à un N° de police d'assurance est également acceptée, si cette police d'assurance a déjà été introduite précédemment.

Critères d'acceptabilité de la formation en radioprotection :

La formation en matière de radioprotection doit (encore) être reconnue dans le pays où la formation du médecin-vétérinaire a eu lieu. La formation radioprotection AMVL/Direction de la Santé est reconnue au Luxembourg. En cas d'activité à l'étranger, veuillez vous conformer aux dispositions légales qui y sont en vigueur.

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(*) (F, L, D, M)	Plage kV (tension min et max du tube)	mAmax (courant max. de l'anode)	Année de fabrication de l'appareil	Étage	Nom du dernier propriétaire (médecin dentiste ou installateur)	Autorisation existante (si oui N°)	Mise hors service? (Oui/non)	Démonté/repris par (nom de la firme ou du médecin)
<p>Je déclare qu'il n'y a pas d'autres appareils générant des rayonnements ionisants à l'adresse indiquée ci-dessus.</p> <p>J'estime ne pas dépasser en moyenne _____ radiographies par semaine (somme pour tous les utilisateurs des appareils RX).</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne dispose pas d'appareils RX à d'autres adresses.</p> <p><input type="checkbox"/> Je dispose encore d'appareils RX à d'autres adresses (voir inventaire(s) en annexe II).</p>										
Date :	Nom et Signature :									

(*) : Fonction : F= appareil fixe à projection verticale (vers le bas) des rayons X

L = appareil à mobilité limitée à projection verticale des rayons X

D = appareil où d'autres directions des RX que la projection verticale peuvent être choisis (marquage des zones des murs pouvant être exposés au rayonnement primaire)

M = appareil mobile utilisé uniquement chez le client.

Des combinaisons (p.ex. FM=fixe et mobile) sont également possibles.

Pour d'autres applications (p.ex. CT=tomodensitométrie, ...) prière de bien vouloir justifier en détail votre projet et de fournir la brochure technique de l'appareil radiologique.

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

Adresse du cabinet :										
Fabricant	Modèle	Fonction(*) (F, L, D, M)	Plage kV (tension min et max du tube)	mAmax (courant max. de l'anode)	Année de fabrication de l'appareil	Étage	Nom du dernier propriétaire (médecin dentiste ou installateur)	Autorisation existante (si oui N°)	Mise hors service? (Oui/non)	Démonté/repris par (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 : F= appareil fixe à projection verticale (vers le bas) des rayons X

L = appareil à mobilité limitée à projection verticale des rayons X

D = appareil où d'autres directions des RX que la projection verticale peuvent être choisis (marquage des zones des murs pouvant être exposés au rayonnement primaire)

M = appareil mobile utilisé uniquement chez le client.

Des combinaisons (p.ex. FM=fixe et mobile) sont également possibles.

Pour d'autres applications (p.ex. CT=tomodensitométrie, ...) prière de bien vouloir justifier en détail votre projet et de fournir la brochure technique de l'appareil radiologique.