



**A REMPLIR  
ET  
A RETOURNER A  
l'adresse ci-contre**

**IRSN  
PSE-SANTE/SER/BASEP  
A l'attention du chef du BASEP  
BP 17  
92 262 Fontenay aux Roses Cedex**

**CONCLUSIONS D'ENQUETE SUITE A UN SIGNALEMENT DE DEPASSEMENT DE LIMITE REGLEMENTAIRE DE DOSE**

*Vous êtes médecin du travail et vous venez de recevoir le signalement d'un dépassement de dose, il vous appartient en conséquence, conformément aux dispositions de l'article 19 de l'arrêté du 17 juillet 2013 relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants,*

- *de diligenter une enquête sur les circonstances ayant conduit à cette exposition, avec le concours, le cas échéant, de la personne compétente en radioprotection ;*
- *d'informer l'IRSN du déclenchement et des conclusions de l'enquête et de faire connaître explicitement votre décision quant au maintien ou l'annulation de la dose dans un délai le plus court possible.*

TRAVAILLEUR CONCERNE											
Nom établissement : _____											
Adresse : _____											
Nom : _____						Prénom : _____					
Numéro RNIPP (Sécurité sociale) :											
Poste occupé (métier et secteur d'activité) : _____											
DOSIMETRIE											
Numéro de dosimètre : _____											
Equivalent de dose déterminé par le laboratoire : _____ mSv											
Pour la période du : _____ au _____											
Equivalent de dose cumulé sur 12 mois, le cas échéant : _____ mSv											
Type de port :											
<input type="checkbox"/> poitrine			<input type="checkbox"/> poignet			<input type="checkbox"/> doigt			<input type="checkbox"/> autres		
CONCLUSIONS											
Les conclusions de l'enquête m'amènent à vous demander :											
<input type="checkbox"/> de maintenir l'équivalent de dose déterminé par le laboratoire											
<input type="checkbox"/> de modifier la dose comme suit :											
Equivalent de dose devant être retenu : _____ mSv											
COMMENTAIRES (bref résumé de l'enquête et de ses conclusions)											
SIGNATURE MEDECIN DU TRAVAIL											
NOM, Prénom :				Date :				Signature :			
N° tel :											
E-mail :											
Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter PSE-SANTE/SER/BASEP au 01.58.35.84.04											