20/8/2022 tarihli ve 31929 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Dozimetri Hizmeti Verecek Kuruluşların Yetkilendirilmesine İlişkin Yönetmelik” in 14 üncü maddesinin ikinci fıkrası kapsamında

Nükleer Düzenleme Kurumu tarafından belirlenen

**ARAŞTIRMA FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dozimetri Servisi** **tarafından doldurulacaktır** | **Form No: Yıl/Form Sayısı**(Sayı dozimetri servisi tarafından üretilecektir) | **Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası:**  |
| **Adı Soyadı:** |  | **Mesleği:** |
| **Kuruluş Adı:** |  | **Bölümü/Birimi:** |
| **Kuruluş Kodu:** |  | **Dozimetre No:** |
| **Uygulama Alanı:** |  | **Dozimetre Tipi:****[ ]** TLD [ ]  OSL [ ]  Nötron[ ]  Elektronik[ ]  Diğer(Belirtiniz) |
| **Dozimetre Kullanma**  **Süresi:** **Yılı/Periyodu:** **Doz (mSv):** |
| **Kişiye son 12 ayda gönderilen****araştırma formu sayısı:**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dozimetre kullanıcısı****tarafından doldurulacaktır** |  | **SORU** (Aşağıdaki sorular için dozimetrenin kullanıldığı periyodu dikkate alınız) | **AÇIKLAMA** |
| **1.** | **Radyasyon kaynağıyla veya tesiste çalışılan iş günü sayısını ve günlük çalışma süresini belirtiniz.**  |  |
| **2.** | **Maruz kalınan radyasyonun kaynağını veya çalışmanın yürütüldüğü tesisi belirtiniz.**    | [ ]  X-ışını cihazı [ ]  Kapalı kaynak [ ]  Açık kaynak[ ]  Tesis[ ]  Diğer (Belirtiniz) |
| **3.** | **Belirtilen periyotta dozimetrenizi sizden başka herhangi biri kullandı mı?** | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz) |
| **4.** | **Dozimetrenizi kullanmadığınız zamanlarda muhafaza ettiğiniz yer radyasyon alanı içerisinde mi?**  | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz) |
| **5.** | **Dozimetrenizi radyasyon alanında bulundurduğunuz, bıraktığınız veya unuttuğunuz oldu mu?**  | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz ve tahmini süreyi ve kaynağa uzaklığı belirtiniz) ( … saat) (… m) |
| **6.** | **Kendinizin veya yakınınızın sağlık nedenleri ile radyoloji, nükleer tıp, radyoterapi uygulamalarında tetkik veya tedavi sırasında dozimetrenizi yanlışlıkla yanınızda bulundurdunuz mu?** | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise yaptırılan işlemi ve süresini belirtiniz) |
| **7.** | **Çalışmalarınız süresince radyasyondan korunma amacıyla kullanılan donanımları belirtiniz.** | [ ]  Kurşun paravan **[ ]** Kurşun önlük**[ ]** Kurşun eşdeğerli camlı gözlük[ ]  Tiroid koruyucu [ ]  Kurşun eldiven[ ]  Diğer (Belirtiniz) |
| **8.** | **Çalışmalar sırasında dozimetrenizi kullandığınız yeri belirtiniz.**  | I | II |
| **[ ]** Yaka **[ ]** Kemer **[ ]** Gömlek üst cebi**[ ]** Gözlük[ ]  Diğer (Belirtiniz) | [ ]  Kurşun önlük üstü [ ]  Kurşun önlük altı **[ ]**  El / Bilek **[ ]**  Göz |
| **9.** | **Dozimetrenizde radyoaktif kirlilik oldu mu?**(Açık radyoaktif kaynaklarla (Tc-99/I-131 gibi) yapılan çalışmalarda dozimetrenizde radyoaktif kirlilik olabilir) | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise radyoizotopu belirtiniz) |
| **YORUM:**  [ ]  Dozimetrenin hatalı kullanımı [ ]  Çalışma koşulu [ ]  Diğer (Açıklayınız)*(Konu hakkında eklemek istedikleriniz varsa ek sayfa kullanabilirsiniz)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Radyasyondan korunma sorumlusu** **tarafından doldurulacaktır** |  | **SORU**(Aşağıdaki sorular için dozimetrenin kullanıldığı periyodu dikkate alınız) | **AÇIKLAMA** |
|  | **Tesiste/ radyasyon kaynağının konumunda/ radyasyon kaynağının teknik özelliklerinde/ çalışma koşullarında herhangi bir değişiklik oldu mu?**  | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz) |
|  | **Dozimetre kullanan kişi radyasyondan korunma konusunda yeterli bilgiye sahip mi?**  | [ ]  Evet [ ]  Hayır |
|  | **Kişiye, radyasyondan korunma konusunda hizmet içi eğitim verildi mi?** | [ ]  Evet [ ]  Hayır |
|  | **Dozimetrenin kullanıldığı periyotta olağan dışı bir durum oldu mu?**  | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise olağan dışı durum ve alınan önlemlere ilişkin açıklayıcı bilgi veriniz) |
|  | **Dozimetrenin kullanıldığı periyotta aynı ortamda çalışan herhangi bir radyasyonla çalışanın dozunda artış oldu mu?** | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz) |
|  | **Dozimetrenin kullanıldığı periyotta çalışma ortamında radyasyon ölçümlerinde artış izlendi mi?** | [ ]  Evet [ ]  Hayır(Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz) |
| **7.** | **Kişinin dozimetreyi kullandığı periyotta ilgili dozimetre için hesaplanmış dozu belirleyiniz.** (Hesaplanmış doz (mSv) değeri, kişinin periyot boyunca radyasyona maruz kaldığı süre (saat) ile çalışmalar sırasında bulunduğu yerdeki doz hızının (mSv/saat) çarpımından elde edilir) |   |
| **YORUM:** [ ]  Dozimetrenin hatalı kullanımı\* [ ]  Dozimetrenin kasıtlı ışınlanması\*[ ]  Çalışma koşulu [ ]  Diğer (Açıklayınız)\* Bu seçeneklerden birinin seçilmesi halinde 7 nci maddedeki “Hesaplanmış Doz Değeri” alanı doldurulacaktır.  *(Konu hakkında eklemek istedikleriniz varsa ek sayfa kullanabilirsiniz)* |

|  |
| --- |
| **Yukarıda verilen bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.** |
| **Dozimetri Hizmeti Alan Kuruluşta** |  | **ADI SOYADI** | **İMZA** | **TARİH** |
| **Dozimetre Kullanıcısı**  |  |  |  |
| **Radyasyondan Korunma Sorumlusu** |  |  |  |
| **Yetkilendirilen Kişi**  |  |  |  |

**ÖNEMLİ AÇIKLAMALAR:**

1. **Bu formun en geç 10 iş günü içerisinde eksiksiz doldurularak hizmet alınan dozimetri servisine ve Nükleer Düzenleme Kurumuna gönderilmesi gerekmektedir.**
2. **Dozimetrelerin hatalı kullanılması veya kasıtlı ışınlanması durumunda “Hesaplanmış Doz Değeri” belirlenmeden gönderilen formlar kabul edilmez.**
3. **Kurum, yapılan değerlendirme sonucunda formun yeniden düzenlenmesini talep edebilir.**