**PEDIDO DE REGISTO DE PRÁTICA**

**Práticas que não envolvem exposições médicas**

|  |
| --- |
|  **I - Identificação do titular**  |
|  Nome ou designação social do titular:       Contribuinte nº :       Morada da sede social:       Localidade:       Código postal:      -      Endereço de correio eletrónico do titular1:       Telefone :       Fax :       Ilha:       Concelho:       Nome do Representante legal:       Endereço eletrónico do representante legal2:       |

|  |
| --- |
|  **II - Identificação do local onde pretende realizar a prática**  |
|  Morada:       Localidade:       Código postal:      -      Telefone :       Fax:       Ilha:       Concelho:       |

|  |  |
| --- | --- |
|  **III - Objeto do presente pedido**  |  |
| 1. **Primeiro registo** **[ ]**
2. **Alteração de registo anterior** **[ ]** Indicá-lo:
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **IV – Prática a desenvolver**  |  |
| 1. [ ]  Operação em local fixo de geradores de radiação para fins de medicina veterinária
2. [ ]  Operação de equipamentos de inspeção de bagagem fixos com tensão máxima até 160 kV
3. [ ]  Operação de equipamento de XRF cuja fonte de radiação seja um gerador de radiação
4. [ ]  Operação de equipamentos de radiografia para uso em controlo de processo industrial cuja fonte de radiação seja um gerador de radiação com tensão máxima até 150 kV
5. [ ]  Outra Identificá-la:
 |

#  V – Justificação da prática

1. Descrever a justificação para a prática a realizar, tendo em conta, nos termos do artigo 18º do DL 108/2018, a exposição ocupacional e a exposição do público associadas:

 (anexar documento devidamente identificado em caso de espaço insuficiente)

#  VI – Limites operacionais e condições de funcionamento da instalação

(repetir para cada fonte de radiação abrangida pelo pedido de registo)

1. Dados da fonte de radiação:

 Tipo:

 Marca:       Modelo:

1. Características:

 Nº de série:       kV:       mA:

1. Número de exposições por semana:

1. Carga de trabalho semanal máxima (mAxmin/semana):

1. Descrição de outras fontes de radiação presentes na instalação e não abrangidas pelo presente pedido:

#  VII - Responsável pela proteção radiológica

|  |
| --- |
|  Nome:       Número de cartão de cidadão:       Qualificações: Habilitações literárias:      Certificado de Qualificação Profissional em Proteção Radiológica nº      Nível de qualificação: Caso o RPR não possua ainda o nível de qualificação necessário, indicar: Qualificação alternativa que já possui:Designação do curso de formação frequentado:      Entidade formadora:      (anexar cópia do Programa de formação detalhado, com carga horária) Data prevista para obtenção do nível 1 ou 2 de qualificação:      Tipo de vínculo ao titular:  Quadro da entidade [ ]   |
|  Externo [ ]  Número de horas por semana:       |

#  VIII – Características de conceção da instalação e das fontes de radiação

## A – Barreiras de proteção

O titular declara, no exercício da sua responsabilidade pela segurança radiológica prevista no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 108/2018, que:

[ ]  O local de realização da prática ou o próprio gerador de radiação é dotado de barreiras de proteção que cumprem com os requisitos de blindagem necessários para a(s) fonte(s) de radiação acima indicada(s) e para as condições operacionais descritas na secção VI.

[ ]  O(s) local(is) de utilização da(s) fonte(s) de radiação se encontra(m) sinalizado(s).

Anexar planta(s), a escala adequada e devidamente legendada(s), do(s) local(ais) de realização da(s) prática(s). A(s) planta(s) ou esquemas (s) deve(m) conter a identificação das distâncias relevantes e, especificamente:

1. Localização da ampola de raios-X na sala, indicando a posição do foco;
2. Espessuras e materiais das barreiras de proteção, caso a blindagem não seja garantida pelo próprio gerador de radiação;
3. Localização do alvo da fonte de radiação na sala;
4. Classificação das zonas (Pública, Vigiada, Controlada);
5. Identificação dos pontos de sinalética de radiações e de sinalização luminosa existentes;
6. Localização do “ponto do disparo”, quando aplicável.

## B – Profissionais afetos à prática

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  | **Número de BI/CC**  | **Funções**  | **Categoria** (A/B/Público)  | **Monitorizado** (Sim/Não)  | **Tipo de monitorização3** (Individual/ Extremidades/ Área)  | **Tipo de dosímetro** (TLD/Pelíc ula) | **Vínculo laboral** (Quadro da entidade/Externo)  | **É trabalhador exposto noutras** **entidades?** (Sim/Não)  | **Aptidão para o trabalho4** (Apto/Não apto/ /Condicionado – Data)  | **Ficha de aptidão emitida pelo** **serviço abaixo indicado?** (Sim/Não)  |
|       |       |       |   |  |  |  |  |  |       |   |
|       |       |       |  |  |  |  |  |  |       |   |
|       |       |       |  |  |  |  |  |  |       |   |
|       |       |       |  |  |  |  |  |  |       |   |
|       |       |       |  |  |  |  |  |  |       |   |
|       |       |       |  |  |  |  |  |  |       |   |

(adicionar tabela em anexo, se o espaço for insuficiente)

# Monitorização individual

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa de dosimetria contratada:  |        |

**Vigilância da saúde**

Preencher conforme aplicável: Número total de trabalhadores do titular:

[ ]  **Serviço interno de saúde do trabalho**

|  |  |
| --- | --- |
| Diretor Clínico (Médico do trabalho responsável): |        |
| Qualificação do médico do trabalho para o exercício:(Escolher a opção adequada) | [ ]  Especialista em Medicina do Trabalho, cédula nº      [ ]  Curso de Medicina do trabalho finalizado até 2000, cédula nº      [ ]  Autorização para o exercício anterior a 1970 nº      , cédula nº       |

[ ]  **Serviço externo de saúde do trabalho5**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome ou designação social da empresa prestadora |       |
| NIF/NIPC |       |

## C – Equipamento de Proteção Individual

Especificar o equipamento de proteção individual existente:

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipamento de proteção individual** | **Equivalência de Pb (mm)**  |
| Avental de chumbo [ ]  |       |
| Anteparo móvel [ ]  |        |
| Outro [ ]  |       |

## D – Critérios de aceitabilidade

O titular declara, no exercício da sua responsabilidade pela segurança radiológica prevista no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 108/2018, que:

[ ]  Foram realizados testes à(s) fonte(s) de radiação antes do início da prática e a mesma cumpre com os critérios de aceitabilidade especificados para a prática.

## E – Garantia de qualidade

O titular declara, no exercício da sua responsabilidade pela segurança radiológica prevista no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 108/2018, que:

[ ]  Foi estabelecido um programa de garantia da qualidade que inclui a verificação periódica do desempenho da(s) fonte(s) de radiação e da manutenção dos critérios de aceitabilidade da prática.

## F – Programa de proteção radiológica

O titular declara, no exercício da sua responsabilidade pela segurança radiológica prevista no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 108/2018, que:

[ ]  Foi estabelecido um programa de proteção radiológica em conformidade com o artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 108/2018.

## G – Plano de emergência interno

O titular declara, no exercício da sua responsabilidade pela segurança radiológica prevista no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 108/2018, que:

[ ]  Foi estabelecido um plano de emergência interno em conformidade com o Anexo VI do Decreto-Lei n.º 108/2018.

|  |  |
| --- | --- |
| Contacto telefónico 24h |        |
| Nome do contacto 24h |        |

|  |
| --- |
| **IX - Declaração do titular** |
| Declaro que as informações contidas no presente impresso correspondem à verdade e não omitem qualquer informação, estando à disposição da DRAAC para prestar os esclarecimentos adicionais que nos forem solicitados.  Data:       Assinatura e carimbo do titular ou, caso o formulário seja entregue em suporte informático, assinatura eletrónica qualificada. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Endereço eletrónico geral do titular.
2. Endereço eletrónico nominal do representante legal do titular.
3. Indicar o tipo de monitorização efetuado para cada trabalhador. Podem ser escolhidas várias opções – ex: dosimetria individual e de extremidades.
4. Resultado da ficha de aptidão para o trabalho, emitida pelo médico do trabalho; incluir data.
5. A lista de empresas autorizadas de serviços externos de saúde do trabalho, nos termos da Lei nº 102/2009 pode ser consultada a partir do sítio [Serviço Externo - Direção Regional da Saúde - Portal (azores.gov.pt)](https://portal.azores.gov.pt/web/drs/servi%C3%A7os-externos)[.](http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/servicos-externos-de-saude-do-trabalho/lista-de-empresas-autorizadas.aspx)
A entidade a indicar deverá possuir especificamente a habilitação para o risco profissional de exposição a radiação ionizante.