**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. Operação em local não-fixo de geradores de radiação para fins de medicina veterinária, em cumprimento do ´Código de Conduta da OMV para radiologia veterinária móvel   (anexar declaração de subscrição do Código de Conduta)   1. 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.

No caso de prática de Operação em local não-fixo de geradores de radiação para fins de medicina veterinária, em cumprimento do Código de Conduta da OMV para radiologia veterinária móvel, em alternativa à planta do local de realização da prática, deverá ser apresentado o esquema geral de delimitação de zonas a implementar para efeitos dos pontos III-A.1 e III-C.3 do respetivo Código. O esquema deverá incluir as distâncias mínimas de segurança determinadas nos procedimentos internos e a sinalética de advertência.

## 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.