

Dozimetre hizmeti alan kişi tarafından doldurulacaktır		SORU	AÇIKLAMA
		(Aşağıdaki sorular için dozimetre kullanma periyodunu dikkate alınız)	
1		Radyasyon kaynağı/cihazı ile çalışılan iş günü sayısı ve günlük çalışma süresi	
2		Kullanılan Radyasyon Kaynağı/Cihazı Cihaz veya kaynak tipi hakkında bilgi veriniz. X-ışınları (endüstriyel, tanısal, girişimsel,vb) Kapalı kaynak (Co-60,Cs-137,Ir-192 vb) Açık kaynak (I131,Tc/Mo,vb)	Taşınabilir <input type="checkbox"/> Sabit <input type="checkbox"/>
3		Kullandığınız dozimetre kendi adınıza mı kayıtlı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
4		Belirtilen periyotta dozimetrenizi sizden başka herhangi biri kullandı mı? (Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
5		Dozimetrenizi kullanmadığınız zamanlar muhafaza ettiğiniz yer radyasyon alanı içerisinde mi? (Evet ise açıklayıcı bilgi veriniz)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
6		Dozimetrenizi radyasyon kaynaklarının bulunduğu herhangi bir alanda bıraktığınız veya unuttuğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (Evet ise tahmini süreyi belirtiniz) ( ..... saat)
7		Kendinizin veya yakınınızın sağlık nedenleri ile radyoloji, nükleer tıp, radyoterapi tetkiki veya tedavisi sırasında dozimetrenizi yanlışlıkla yanınızda bulundurdunuz mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evet ise yaptırılan işlem: süresi:
8		Çalışmalarınız süresince radyasyondan korunma amacıyla kullanılan donanımları belirtiniz.	<input type="checkbox"/> Kurşun paravan <input type="checkbox"/> Kurşun önlük <input type="checkbox"/> Kurşun eşdeğerli camlı gözlük <input type="checkbox"/> Tiroid koruyucu <input type="checkbox"/> Kurşun eldiven <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)
9		Çalışmalar sırasında dozimetrenizi kullandığınız yeri belirtiniz.	<input type="checkbox"/> Kurşun önlük üstü <input type="checkbox"/> Kurşun önlük altı <input type="checkbox"/> Yaka <input type="checkbox"/> Kemer <input type="checkbox"/> Gömlek üst cebi <input type="checkbox"/> El/Bilek <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)
10		Dozimetrenizde radyoaktif bulaşma oldu mu? (Açık radyoaktif kaynaklar (Tc-99m/I-131 vb.) ile yapılan çalışmalarda dozimetrenizde radyoaktif bulaşma olabilir.)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Radyoaktif bulaşma olduğunu düşünüyorsanız, radyoizotopu belirtiniz:.....

(Konu hakkında eklemek istedikleriniz varsa ek sayfa kullanabilirsiniz.)

Dozimetri hizmeti alan kuruluşun radyasyondan korunma sorumlusu tarafından doldurulacaktır	SORU (Aşağıdaki sorular için dozimetre kullanma periyodunu dikkate alınız)		AÇIKLAMA		
	1.	Lisans koşullarında herhangi bir değişiklik oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (cevap evet ise açıklayınız) <input type="checkbox"/> Tesiste <input type="checkbox"/> Kaynağın/cihazın konumunda <input type="checkbox"/> Kaynağın/cihazın teknik özelliklerinde <input type="checkbox"/> Çalışma koşullarında <input type="checkbox"/> Diğer		
	2.	Dozimetre kullanan kişi radyasyondan korunma konusunda yeterli bilgiye sahip mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
	3.	Kişiye, radyasyondan korunmaya ilişkin hizmet içi eğitim verildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
	4.	Kişi, radyasyondan korunma ekipmanlarını talimatlara uygun kullandı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
	5.	Kişi, dozimetresini kullanım talimatlarına uygun olarak kullandı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
	6.	Kişi, dozimetresini kullanılmadığı zamanlar talimatlara uygun olarak muhafaza etti mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
	7.	Dozimetrenin kullanıldığı periyotta olağan dışı bir durum oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	(cevap evet ise açıklayınız)	
	8.	Olağan dışı durum sonrası gerekli önlemler alındı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	(cevap evet ise açıklayınız)	
	9.	Belirtilen periyotta aynı ortamda çalışan diğer radyasyon görevlilerinin dozlarında da artış oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	(cevap evet ise açıklayınız)	
10.	Belirtilen periyotta çalışma ortamında radyasyon ölçümlerinde artış izlendi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	(cevap evet ise açıklayınız)		
11.	Kişi dozimetresini hatalı/kasıtlı ışınlamış olabilir mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	(cevap evet ise açıklayınız)		
12.	Kişinin dozimetreyi kullandığı periyotta aldığı tahmini dozu hesaplayınız. (Toplam Tahmini Doz ( $\mu\text{Sv}$ ) = kişinin periyot boyunca radyasyona maruz kaldığı süre (saat) X çalışmalar sırasında kişinin bulunduğu yerdeki doz hızı ( $\mu\text{Sv/saat}$ ))	Tahmini Doz Değeri:..... mSv			
YORUM: (Yukarıdaki bilgiler dikkate alınarak dozimetre sonucuna ilişkin değerlendirmelerinizi belirtiniz.) <input type="checkbox"/> Dozimetrenin hatalı kullanımı <input type="checkbox"/> Dozimetrenin kasıtlı ışınlanması <input type="checkbox"/> Çalışma koşulları <input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)					

Yukarıda verilen bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.

	ADI-SOYADI	İMZA	TARİH
KULLANICI			

RADYASYONDAN KORUNMA SORUMLUSU			
-----------------------------------	--	--	--

NOT: Bu Formu doldurarak EN GEÇ 15 GÜN İÇERİSİNDE hizmet aldığınız dozimetre servisine gönderiniz.