 فرم شرایط کار با پرتو

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | مدت زمان حضور موثر در محیط کار با پرتو | | | | | نوع کار با پرتو  (آنژیوگرافی، سی آرم اتاق عمل، براکی تراپی و ...) | تعداد بیمار نیاز به پرتودهی در ماه (مخصوص پزشکان) | تعداد روز های حضور در هفته (در محیط پرتو) |
| روزانه  (فعالیت پرتویی بیشتر از 4 ساعت در هر روز کاری) | روزانه  (فعالیت پرتویی کمتر از 4 ساعت در هر روز کاری) | هفتگی  (فعالیت پرتویی بیشتر از 4 ساعت در یک هفته کاری) | هفتگی  (فعالیت پرتویی کمتر از 4 ساعت در یک هفته کاری) | ماهانه  (فعالیت پرتویی کمتر از 4 ساعت در یک ماه کاری) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*\*\*مسئولیت صحت تکمیل اطلاعات این فرم بر عهده مسئول فیزیک بهداشت مرکز می باشد\*\*\*

فرم تکمیل شده توسط دفتر فیزیک بهداشت کل دانشگاه بررسی و صحت سنجی می گردد.

|  |
| --- |
| مسئول فیزیک بهداشت مرکز:  نام و نام خانوادگی با مهر و امضا |