



**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013
Diffusion : 16/06/2025

Pages : 1 /27
Version : V 22.0

IDENTIFICATION DU DOCUMENT

<u>Domaine</u> RÉALISATION DU SERVICE	<u>Fonction</u> ELIMINATION/DÉCHETS	<u>Caractéristique</u> RADIONUCLÉIDES
--	--	--

<u>Type</u> DESCRIPTIF TECHNIQUE	<u>Date de péremption</u> 16/06/2026
-------------------------------------	---

Mots clefs : MEDECINE NUCLEAIRE; PCR; DECHETS CONTAMINES; SOURCES IONISANTES; SOURCES RADIOACTIVES; RADIOACTIF; RADIOACTIVITE; IODE 131; CR51; FLUOR 18; TECHNETIUM; YTTRIUM; RADIOPROTECTION; LUTETIUM 177; INDIUM111; IODE 123; RADIOEMBOLISATION; RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE; OECI; SOURCES RADIOACTIVES NON SCELLEES

Référentiels externes

OECI
HAS version en vigueur

DIFFUSION DU DOCUMENT

Générale

GROUPE DE TRAVAIL

NOM – PRENOM	FONCTION	NOM – PRENOM	FONCTION
MERCADAL Christel	Manipulateur principal	BERTRAND Amandine	Référent en radioprotection
BRENNING Barbara	Directeur Hôtelier et Environnement	BIGUE Lucie	Responsable des filières déchets
ALIZARD Stéphanie	Conseiller en radioprotection	COULIBALY Chahrasad	Coordinatrice hébergement
HILAIRE Laurine	Référent Radioprotection	HASSANI-CHABBERT Meryem	Coordinatrice technique

LEGITIMITE DU DOCUMENT

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Nom : MANACH Cedric	Nom : SIERADZKI Gregory	Nom : CHARRIER Nathalie
Fonction : Conseiller en radioprotection	Fonction : DQGdR	Fonction : Chef Département Médecine Nucléaire
Date : 16/05/2025	Date : 16/05/2025	Date : 16/06/2025
Visa :	Visa :	Visa :



PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 2 /27

Version : V 22.0

SOMMAIRE

1.0 PRESENTATION DU CIRCUIT DES DECHETS RADIOACTIFS	5
2.0 DECHETS SOLIDES DU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE	13
3.0 EFFLUENTS LIQUIDES DU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE	15
4.0 DECHETS SOLIDES ISSUS DES CHAMBRES RIV.....	19
5.0 EFFLUENTS LIQUIDES ISSUS DES CHAMBRES RIV.....	20
6.0 REJETS AUX EMISSAIRES	22
7.0 DECHETS GAZEUX	22
8.0 DECHETS SOLIDES PRODUITS HORS DU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE.....	22
9.0 CONTROLE EN SORTIE D'ETABLISSEMENT	24

ETAT DES MODIFICATIONS

N° de Version	Date	Objet de la modification
1.0	29/08/2013	Création initiale du document au sein de la GED
2.0	30/12/2013	Changement approbateur
3.0	24/03/2014	Modification du chapitre 4.0
4.0	26/01/2015	Evolution GED : modification de l'accès aux documents associés
4.0	27/03/2015	Relecture sans modification majeure. Péremption prolongée.
5.0	14/03/2016	Changement de rédacteur
6.0	11/05/2016	Actualisation complète du document
7.0	02/11/2016	Modifications dans tous les § et annexe 11
7.0	02/11/2017	Relecture sans modification majeure. Péremption prolongée.
8.0	03/10/2018	Modification §1.0, 3.0 et 4.0 + rédacteur
9.0	19/11/2018	Modification mineure : Ajout de mot(s) clef(s)
9.0	17/11/2019	Relecture sans modification majeure. Péremption prolongée.
10.0	22/01/2020	Modification des § 1.0 et 6.0.
11.0	17/02/2020	Modification mineure : Modification de forme + documents liés ou autres documents
12.0	30/07/2021	Actualisation complète + annexes + rédacteur
13.0	07/12/2021	Actualisation § 1.0, 4.0, 5.0, 7.0, 9.0, annexes 1, 5, 7 et 11
14.0	16/12/2021	Modification mineure : Modification de forme
15.0	16/12/2021	Modification mineure : Modification de forme
16.0	25/04/2022	Modification complète du document et des annexes
17.0	12/12/2022	Modifications § 1, 2, 3, 5, annexes 1, 2,5 + ajout annexe 15
18.0	21/08/2023	Modifications §3 + §2.a + Annexes 1 & 5 & 10
19.0	10/04/2024	Modification approbateur + §1.0 ; 3.0 ; 8.0 ; annexe 1
20.0	28/02/2025	Modification mineure : Modification du Groupe de travail
21.0	28/02/2025	Modification mineure : Modification du Groupe de travail
22.0	16/06/2025	modifications groupe de travail ; §1.0 ; 2.0 ; 3.0 ; 4.0 ; 5.0 ; 8.0 et annexes

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 3 /27 Version : V 22.0

--	--	--

DOCUMENTS ASSOCIES

Documents et Formulaires liés

Documents liés

[Voir les documents liés](#)

Formulaire liés

[Voir les formulaires liés](#)

Autres documents

- Circulaire **ASNR** du 12 juin 2020
- Outil de simulation de calcul d'impact des déversements radioactifs : CIDRRE (<https://cidre.irsn.fr/>)

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 4 /27 Version : V 22.0

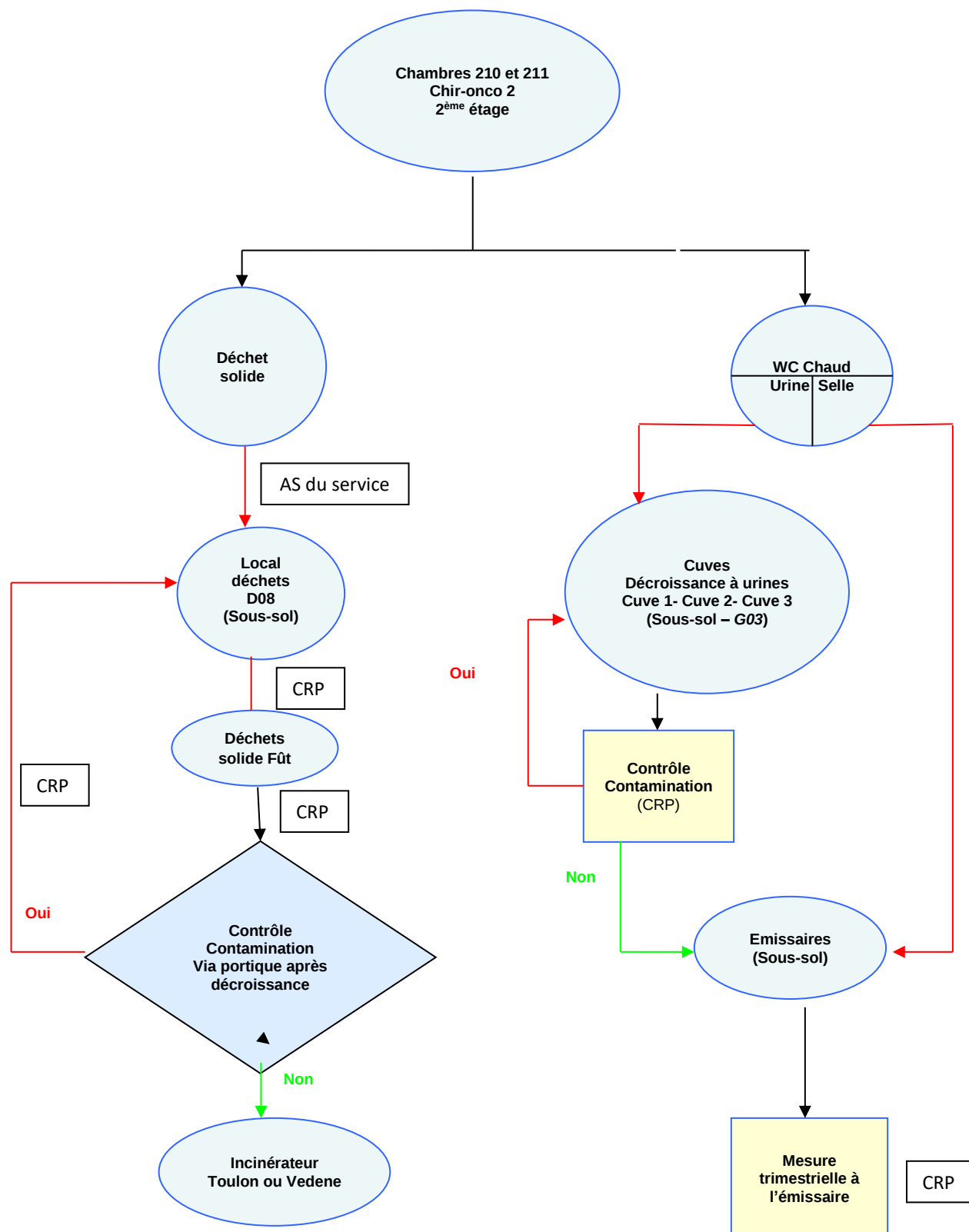
Annexes

- Annexe 1 : Lieux de production de déchets liquides en Médecine Nucléaire
- Annexe 2 : Plan des canalisations sous-sol de Médecine Nucléaire
- Annexe 3 : Plans des canalisations cuves de chirurgie oncologique 2 (Iode 131 et Lu177) / IPC1 – 2ème étage
- Annexe 4 : Localisation des points de prélèvements aux émissaires,
- Annexe 5 : Lieux de production des déchets radioactifs solides
- Annexe 6 : Gestion déchet flacon technétium
- Annexe 7 : Gestion déchet flacon
- Annexe 8 : Gestion des déchets journaliers
- Annexe 9 : Gestion déchet boîte anti-pique
- Annexe 10 : Gestion des déchets ASH
- Annexe 11 : Trajets des déchets radioactifs produits par le service d’Imagerie
- Annexe 12 : Procédure de retour des générateurs de Ga68
- Annexe 13 : Trajet des déchets radioactifs issus des traitements à l’ 131I vers le local D08
- Annexe 14 : Trajet des déchets contaminés au 177Lu issus du service de Médecine Nucléaire vers le local D08

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 5 /32 Version : V 22.0

1.0 PRESENTATION DU CIRCUIT DES DECHETS RADIOACTIFS

THERAPIE PATIENT EN CHAMBRE 210 ET 211 – SERVICE DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE 2





PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

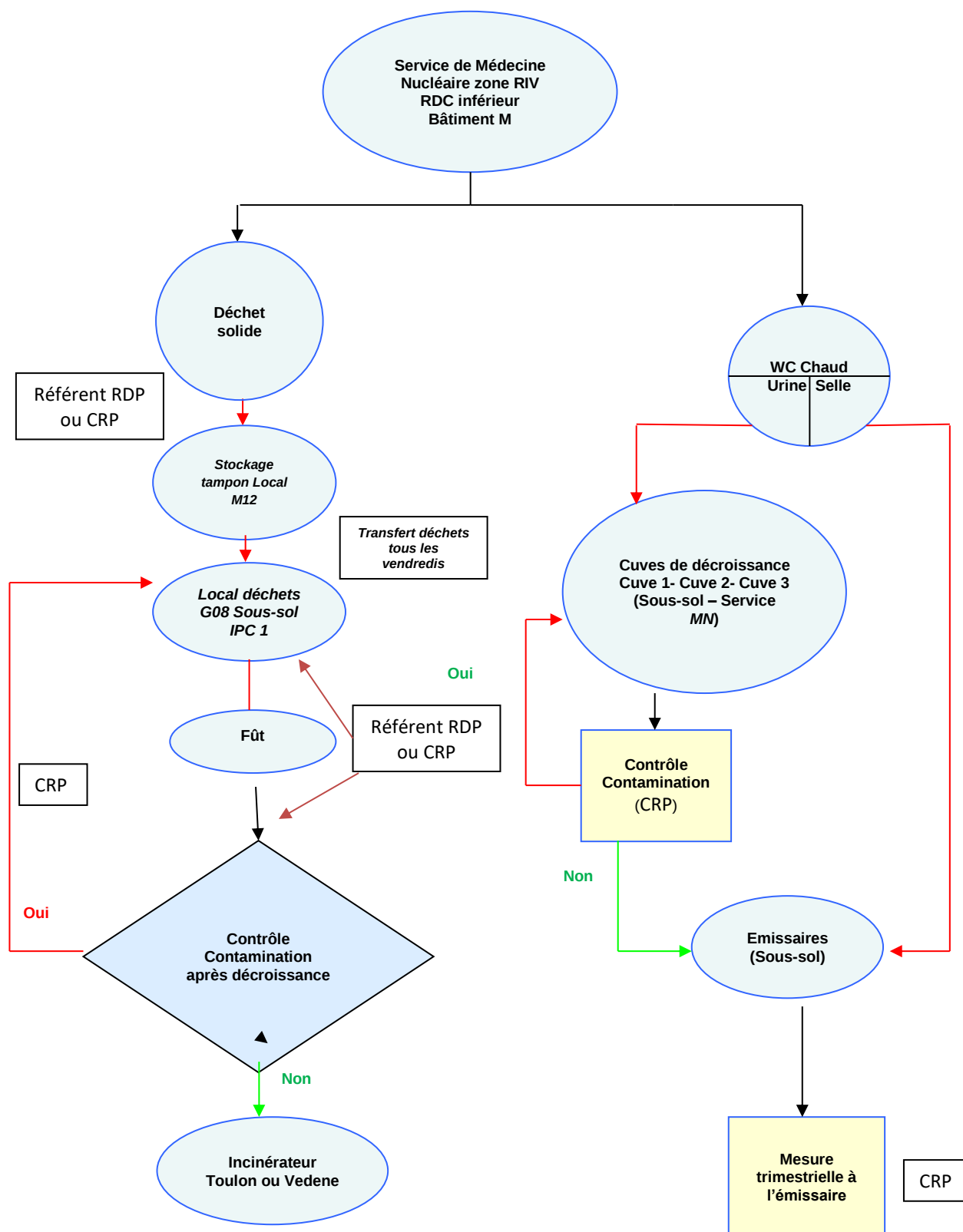
Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 6 /32

Version : V 22.0

THERAPIE PATIENT EN ZONE RIV Iutétium 177– SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE





**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

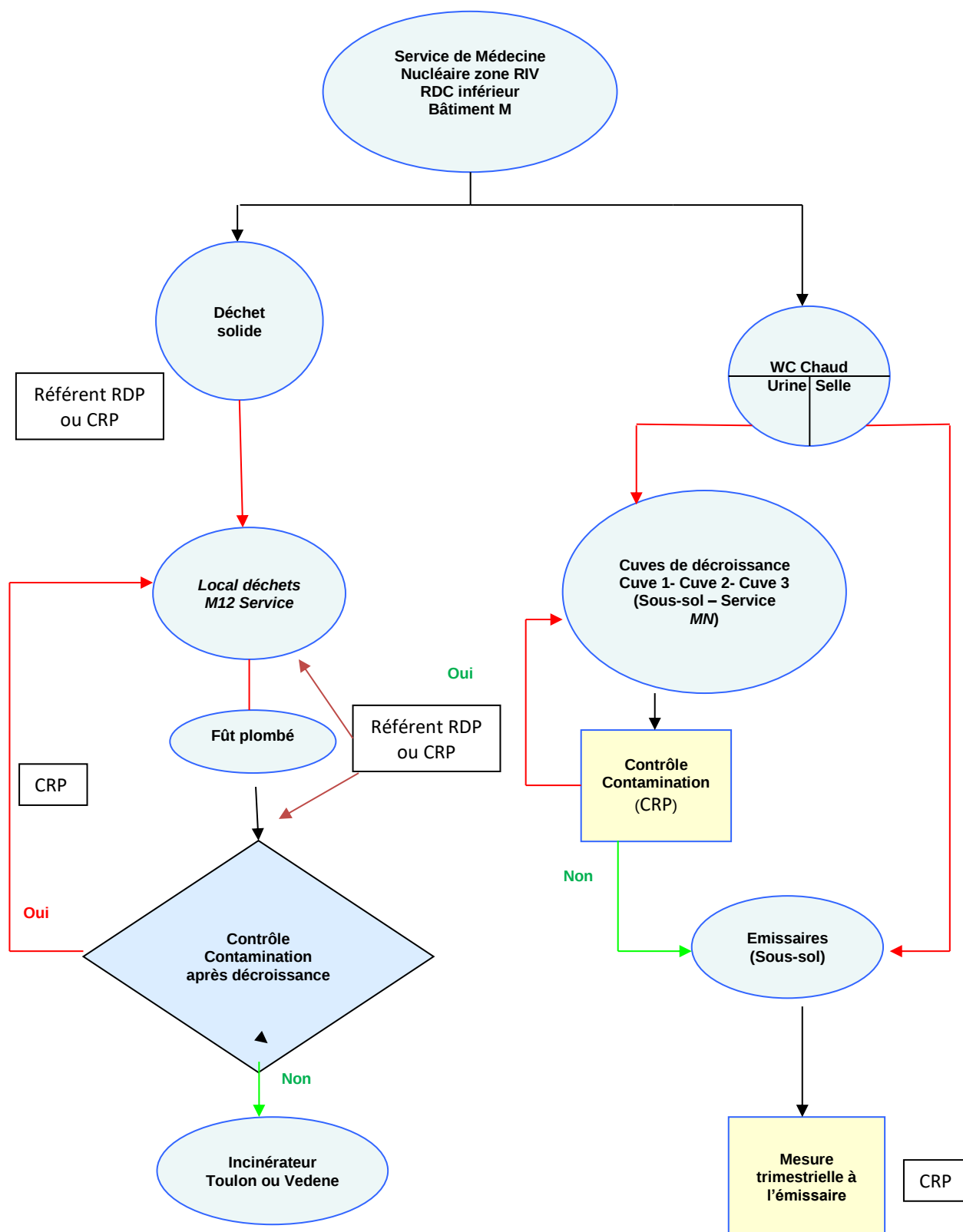
Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 7 /32

Version : V 22.0

THERAPIE PATIENT EN ZONE RIV RADIUM 223 – SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE





**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

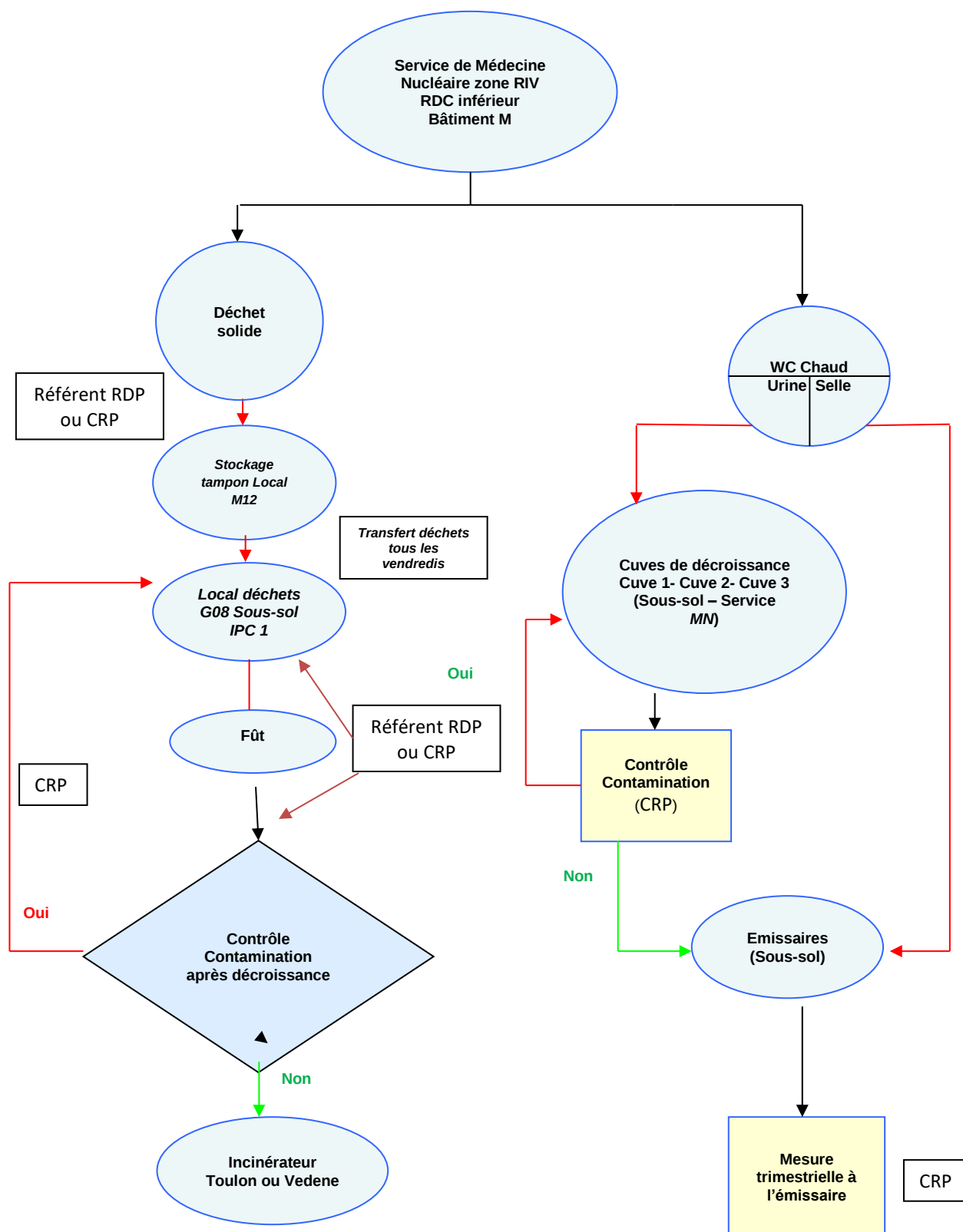
Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 8 /32

Version : V 22.0

THERAPIE PATIENT EN ZONE RIV ACTINIUM 225 – SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE





PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE

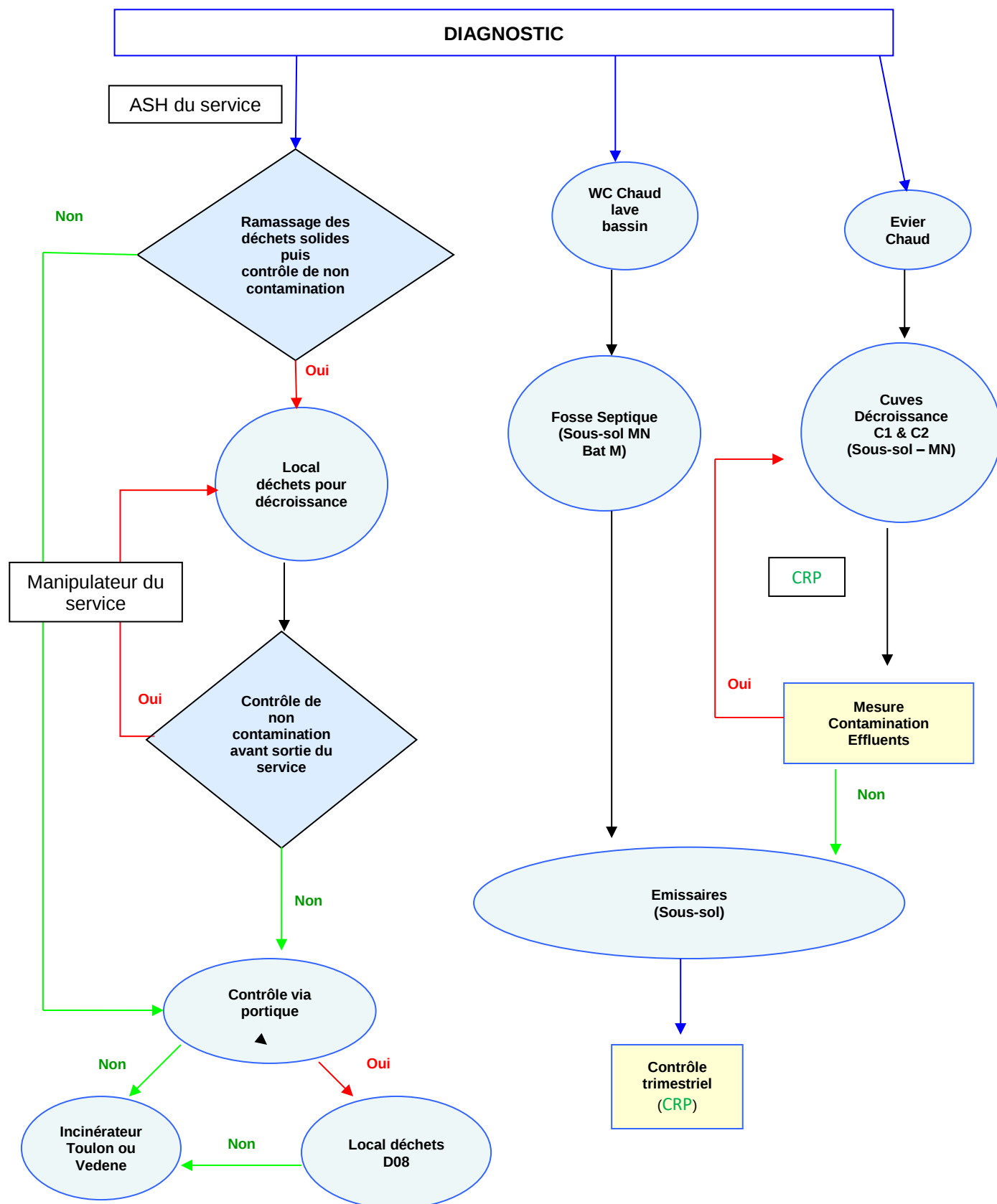
SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 9 /32

Version : V 22.0





**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

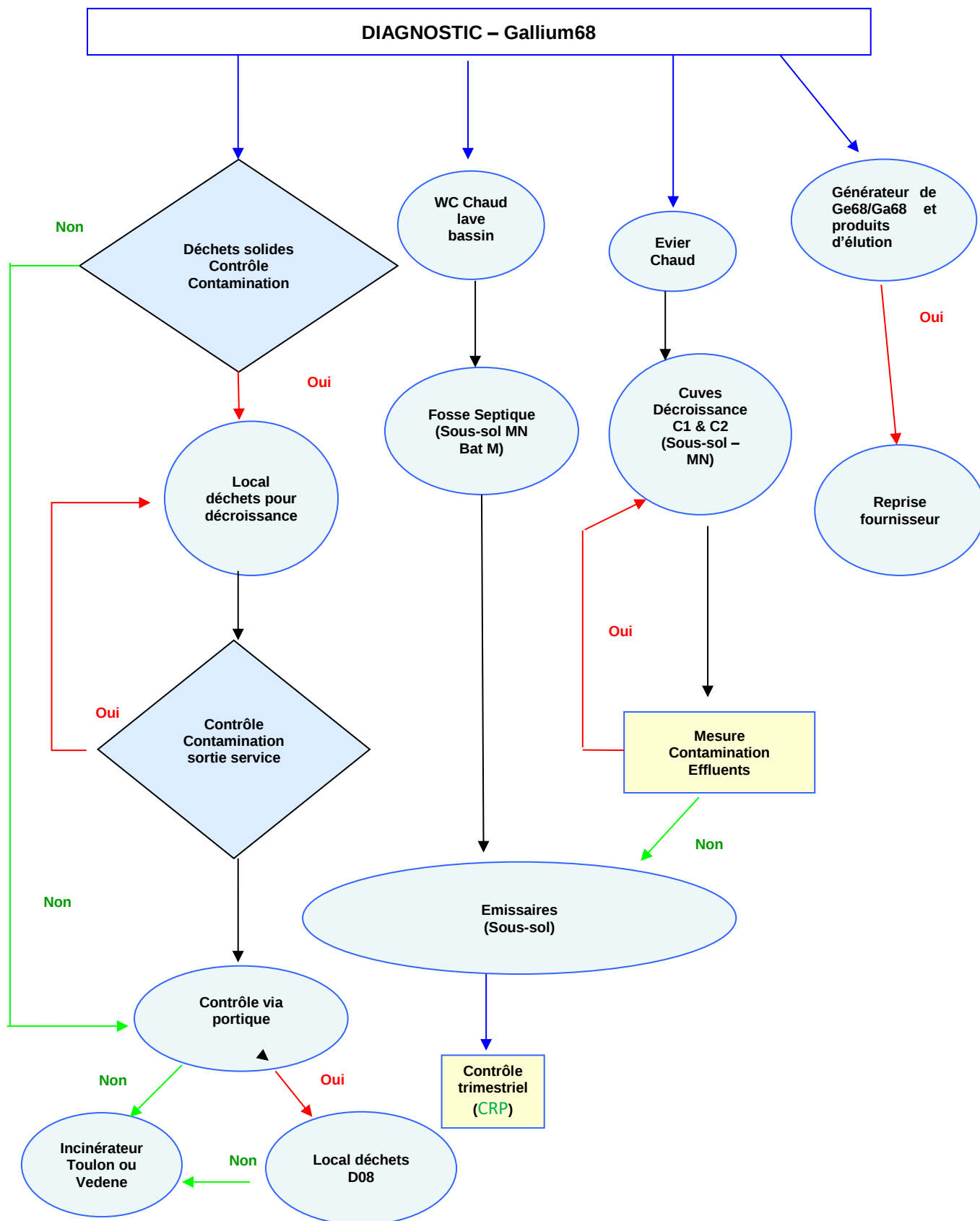
SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 10 /32

Version : V 22.0





PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE

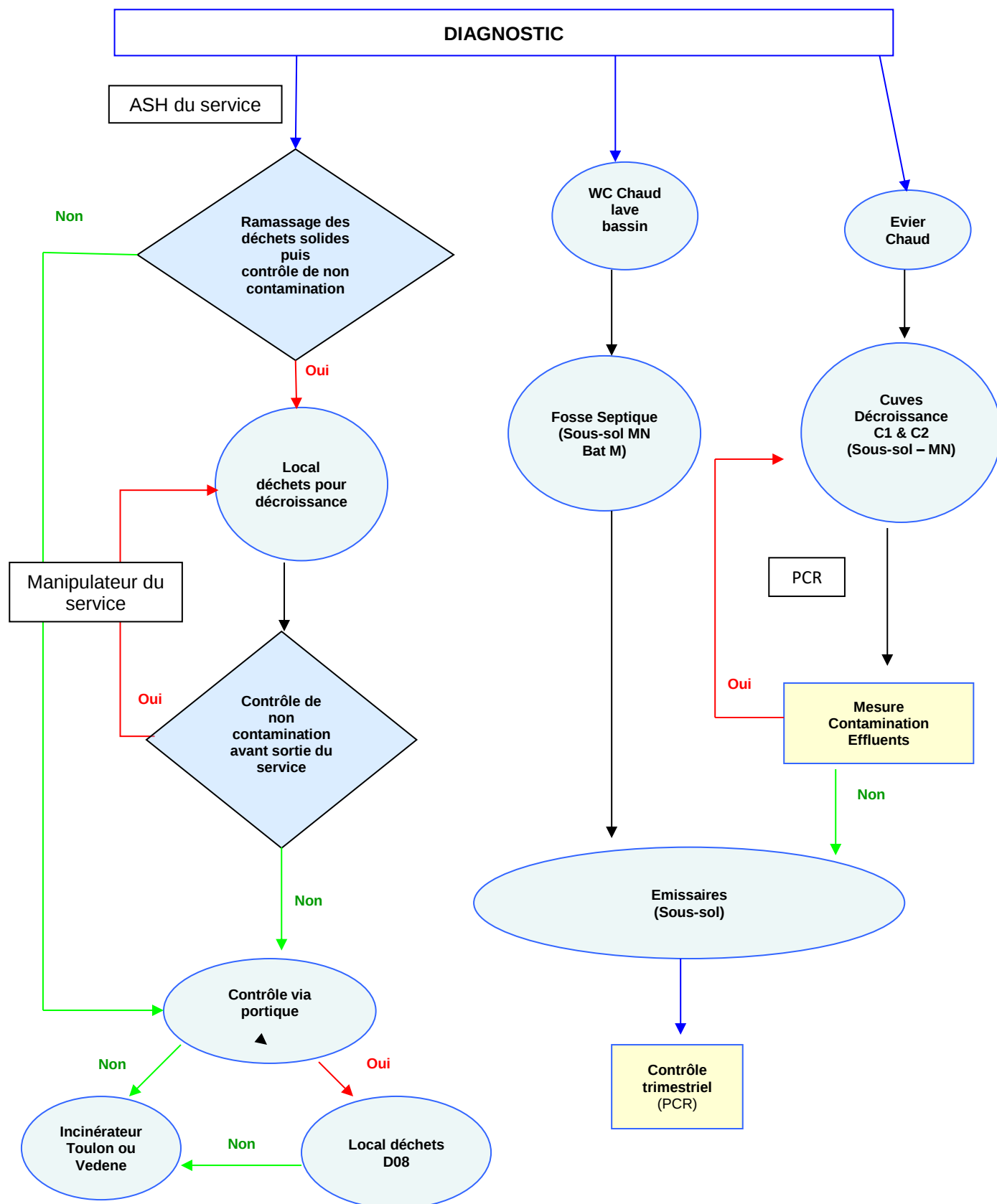
SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 11 /32

Version : V 22.0





PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

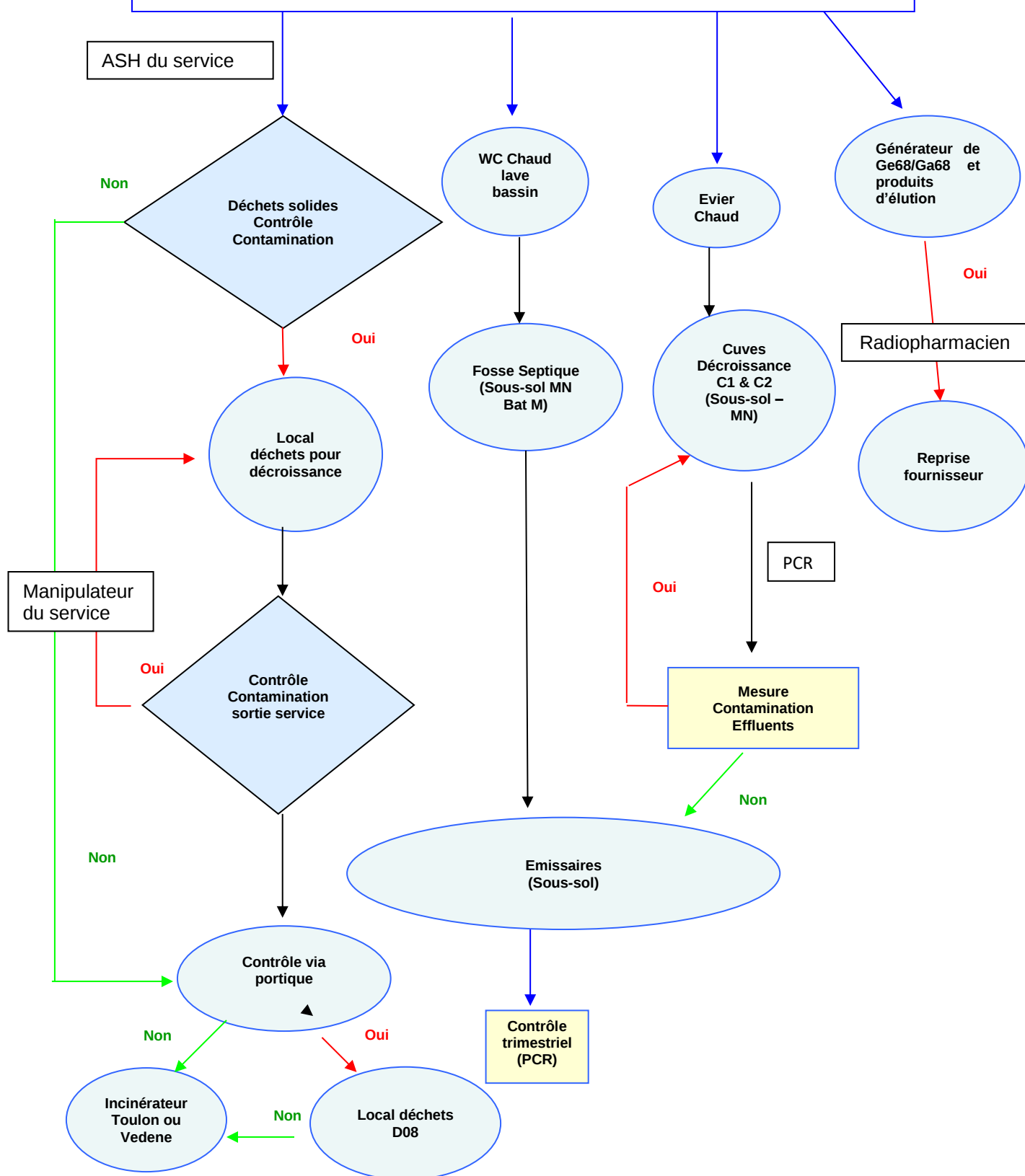
Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 12 /32

Version : V 22.0

DIAGNOSTIC – GALLIUM 68



	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 13 /32 Version : V 22.0

2.0 DECHETS SOLIDES DU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE

Le local déchet (M12d) est situé au rez-de-chaussée du service de Médecine Nucléaire à proximité du laboratoire chaud et du local de réception.

a. Mode de production des déchets

Sont stockés dans ce local 3 types de déchets radioactifs :

- ✚ Les déchets solides, issus des poubelles du service (DASRI, DAOM), qui sont stockés en décroissance sur les étagères prévues à cet effet. Ces déchets sont collectés en début de journée avant le démarrage de l'activité par l'ASH du matin et en fin de journée après la fin de l'activité par l'ASH d'après-midi, et contrôlés par un manipulateur du service (Cf. Annexe 8), deux cas de figure se présentent alors :
 - En cas de non contamination ces déchets sont évacués par l'ASH vers le local poubelles du service d'Imagerie (local commun entre la Médecine Nucléaire et l'Imagerie et ne contenant aucun déchet contaminé) ;
 - En cas de contamination ces déchets sont à nouveau stockés dans le local déchet M12d par le manipulateur en charge du contrôle. Celui-ci s'occupera de vérifier, après une nouvelle période de décroissance, l'absence de contamination des déchets en question.

Ces déchets sont conditionnés dans le local des déchets en :

- Sacs plastiques DASRI couleur JAUNE, fermeture avec liens métalliques,
 - Conteneurs biologiques normalisés pour prélèvements (AGERMA),
 - Container à aiguilles,
 - Stockage en fûts métalliques avec protection de plomb pour les déchets DASRI radioactifs,
 - Stockage des sacs sur étagère.
- ✚ Les flacons en verre avec leur conditionnement d'origine et leurs conteneurs de plomb, sont stockés mensuellement dans l'enceinte plombée dédiée, puis gérés en gammathèque pendant au minimum 10 périodes de décroissance. Ensuite ces flacons sont rejetés dans des containers adaptés (AGERMA) en déchets hospitaliers classiques.
 - ✚ Les générateurs de Technétium qui après utilisation sont stockés dans ce local. Ils sont conditionnés dans leur emballage plombé d'origine et repris par une société externe de transport pour retour au fournisseur après une période de décroissance de 21 jours minimum. Ces colis sont des colis exceptés au moment de leur expédition par le service de Médecine Nucléaire.
 - ✚ Sont également concernés les colis vides ayant contenu des flacons de ^{18}F FDG, ^{18}F -Choline et ^{18}F -Dopa. Ces colis sont retournés au fournisseur comme colis vides et sont donc considérés comme colis exceptés lors de leur expédition par le service de Médecine Nucléaire.
 - ✚ Les franges utilisées pour le nettoyage du service font également l'objet d'un contrôle de non contamination après une période de décroissance de 72H. Le stockage en décroissance est réalisé par l'ASH du service (le soir), le contrôle de non contamination est réalisé par un manipulateur et l'évacuation des franges non contaminées est réalisée par l'ASH (le matin) (Cf. Annexe 10).

Sur le plan « Lieux de production des déchets radioactifs solides » sont représentés les points de collectes dans le service de Médecine Nucléaire (Cf. Annexe 5).

b. Contrôle des déchets

Le contrôle des déchets est réalisé par les manipulateurs du service de Médecine Nucléaire au sein du service, le matin avant le démarrage de l'activité et le soir en fin d'activité, puis à la sortie de l'établissement grâce au portique. Le référent radioprotection du service de médecine nucléaire prend en charge le contrôle, le tri, la traçabilité des déchets radioactifs mensuels.

Suivant la nature des déchets, la gestion par le service de Médecine Nucléaire est différente (Cf. Annexe 5 à 10 et les documents liés).

c. Traçabilité

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 14 /32 Version : V 22.0

L'ensemble des mouvements des déchets ainsi que leur élimination sont tracés sur le registre du local déchet (M12d) et/ou sur PHARMA MANAGER par les référents en radioprotection du service.

❖ Déchets de ^{68}Ga

Des déchets radioactifs liquides et solides sont générés lors de l'élution du générateur de $^{68}\text{Ge}/^{68}\text{Ga}$ et de la synthèse du peptide [^{68}Ga]-SOMAKIT-TOC. Les déchets générés par la production de ^{68}Ga contiennent moins de 0.001% de ^{68}Ge . Tant que nous utiliserons un générateur autorisé fournissant une élution conforme à la Pharmacopée Européenne et directement utilisable pour marquage sans étape de purification, nous considérerons les déchets générés exempt de ^{68}Ge (sauf le générateur pour lequel une procédure spécifique est mise à disposition par le fournisseur cf. annexe 12). Pour nous assurer du bon respect des spécifications de notre générateur, des contrôles hebdomadaires et quotidiens seront réalisés à la recherche du ^{68}Ge par contrôle de la pureté radionucléidique de nos éluats. En cas de non-conformité une déclaration de pharmacovigilance + déclaration ASN seront faites et une reprise du générateur et des matériels contaminés seront réalisés.

a. Gestion des déchets contaminés de ^{68}Ga

Compte tenu de la faible période du ^{68}Ga ($T^{1/2} = 68$ minutes), tous les déchets contaminés issus d'une synthèse seront laissés en place sur l'automate pendant au moins 12 h (gestion le lendemain) ($> 10 T^{1/2}$). Après décroissance et vérification du débit de dose au contact à l'aide du Radeye (< 2 fois le bruit de fond) ou du nombre de coups par seconde à l'aide du BERTHOLD LB124 (< 2 fois le bruit de fond), les déchets seront placés dans une poubelle DASRI pour rejoindre la filière conventionnelle d'évacuation des déchets.

b. Gestion des effluents de ^{68}Ga

Les patients disposent d'un WC dédié aux caméras TEP. Ces WC sont reliés aux fosses de retardement.

c. Gestion des déchets contaminés de ^{68}Ga

Cas du générateur de $^{68}\text{Ge}/^{68}\text{Ga}$: Retour au fournisseur après vérification et accord du fournisseur Eckert Ziegler, procédure et check list fournie par Eckert Ziegler, envoi en UN2915.

Les générateurs de ^{68}Ga sont utilisés pendant une période comprise entre 9 et 12 mois. Ce sont les radiopharmaciens et les CRP qui s'occupent du retour des générateurs ainsi que de la préparation du colis (étiquetage, IT, débit de dose, poids etc...) avant renvoi au fournisseur (cf. annexe 12).

En cas de contrôle non conforme lors de l'utilisation d'un générateur autorisé : conservation et entreposage de tous les matériels contaminés et conservation des déchets liquides contaminés avant demande de reprise par le fournisseur.

❖ Déchets de ^{177}Lu / ^{225}Ac / ^{223}Ra issus de la zone « Thérapie ambulatoire »

Les déchets solides sont stockés dans le local M12d du service, situé au RDC inférieur du bâtiment M, IPC1.

a. Mode de production des déchets

Le jour de son entrée, le patient est accompagné aux boxes RIV, une information sur la conduite à tenir vis-à-vis des déchets solides qu'il va produire au cours de son séjour lui est donnée.

Des déchets solides susceptibles d'être contaminés au ^{177}Lu , ^{225}Ac ou ^{223}Ra peuvent être produits.

Il s'agit essentiellement de linge ou drap à usage unique, du matériel consommable infirmier, du matériel d'entretien de la chambre, des plateaux repas, etc...

Les déchets contaminés issus de la préparation de la dose sont stockés dans des containers à aiguilles et placés dans des fûts plombés du local à déchets M12d du service. Une partie des déchets issue du patient et de l'injection est contrôlée en fin de traitement par le CRP ou le référent en radioprotection du service.

❖ *Les déchets contaminés au ^{177}Lu et ^{225}Ac seront placés dans une benne tampon dédiée et située dans le local déchet M12d de médecine nucléaire puis ils seront stockés au sein du local D08 dans 28 fûts plastiques fermés hermétiquement. Ces derniers sont mis en décroissance et régulièrement contrôlés, vidés et nettoyés par les CRP*

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 15 /32 Version : V 22.0

via un système de traçabilité afin de respecter le temps de décroissance de 67 jours pour le ^{177}Lu et 100 jours pour le ^{225}Ac . *Le transfert de ces déchets est effectué par le CRP en charge du traitement ou le référent en radioprotection du service de médecine nucléaire, son trajet est décrit en annexes du présent document.*

- ❖ Pour les déchets contaminés au ^{223}Ra , *ils seront stockés en décroissance pendant 110 jours au minimum dans le local déchet M12d de médecine nucléaire.*

Les déchets et linge non contaminés suivent le circuit classique des déchets et sont évacués par les agents du prestataire de nettoyage. Après chaque traitement les déchets issus du nettoyage de ces locaux RIV sont systématiquement contrôlés afin de s'assurer de l'absence de contamination.

L'ensemble des déchets seront conditionnés dans des containers à aiguilles et/ou sacs DAOM/DASRI.

Les containers à aiguilles sont évacués par les CRP ou le référent RDP après chaque traitement et sont stockés dans le local M12d du service de Médecine Nucléaire à l'intérieur des fûts plombés dédiés à chaque *radioélément*.

b. Descriptif des moyens de conditionnement des déchets

Le conditionnement de ces déchets en fûts est réalisé par un CRP ou référent RDP, le temps de stockage de ces déchets est de 67 jours au minimum pour le ^{177}Lu , *100 jours pour le ^{225}Ac et 110 jours pour le ^{223}Ra .*

c. Contrôle des déchets en sortie d'établissement

Après la période de décroissance radioactive, les déchets sont contrôlés dans le service de Médecine Nucléaire, si l'absence de contamination est avérée, ces déchets seront considérés comme des déchets hospitaliers et seront dirigés vers le portique situé en sortie d'établissement au sous-sol puis vers l'incinérateur. Si la contamination persiste ils seront placés, à nouveau, en décroissance dans le local M12d ou le local D08.

d. Traçabilité

Des registres dans le local M12d et D08 sont tenus à jour par les CRP et le référent radioprotection. Sur ces registres sont mentionnés les mouvements de déchets, les résultats des contrôles de non contamination et les rejets de déchets solides à l'incinérateur.

3.0 EFFLUENTS LIQUIDES DU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE

Les cuves de décroissance « diagnostic »

a. Mode de production des déchets liquides « diagnostic »

Les rejets de liquides radioactifs dans les éviers situés en zones réglementées (salle d'injection, labo chaud et SAS du labo chaud, salle exploration pulmonaire et lavabo dans le laboratoire de contrôle qualité situé au rez-de-chaussée inférieur) du service de Médecine Nucléaire sont à l'origine de ces déchets. Ces déchets sont stockés dans deux cuves de décroissance situées au sous-sol du service. Les radioéléments présents peuvent être du ^{18}F , ^{99}Tc , ^{123}I , ^{68}Ga . Le plan représentant les lieux de production de déchets liquides stockés par la suite dans les cuves de décroissance est présenté à l'annexe 1.

b. Descriptif des cuves de décroissance :

Les cuves sont au nombre de 2 et ont chacune un volume de 3000L. Elles sont reliées au service de Médecine Nucléaire par des réseaux en PVC et en fonte et signalées par un trisecteur. Des vannes manuelles permettent de remplir préférentiellement l'une ou l'autre des cuves. Leur contenu est rejeté après analyse d'un prélèvement par spectrométrie gamma réalisé par les CRP.

Le plan des canalisations des cuves de Médecine Nucléaire est présenté à l'annexe 2.

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 16 /32 Version : V 22.0

c. Systèmes de sécurité des cuves :

Ces cuves sont placées à l'intérieur d'un système de rétention qui permet de stocker ces effluents liquides en cas de fuite d'une des cuves.

Des systèmes de sécurité équipent ces cuves :

- un détecteur est présent dans chaque cuve pour indiquer le taux de remplissage en temps réel (avec report de la visualisation et de l'alarme au niveau de l'entrée du SAS du labo chaud),
- un détecteur est présent dans le bac de rétention en dessous des deux cuves et permet de détecter une éventuelle fuite.

Report d'alarmes : l'ensemble des reports d'alarmes sont placés dans le couloir à proximité du labo chaud du service de Médecine Nucléaire.

Un report de l'alarme de détection de fuite dans le bac de rétention est placé aux ST.

Les personnes intervenant suite aux déclenchements de ces alarmes sont les personnes du service de Médecine Nucléaire (M.N) et du Service Technique (S.T). Des consignes spécifiques sont affichées en regard de ces canalisations.

Au déclenchement de l'alarme sur une cuve de stockage, le mode opératoire (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0040 en documents liés) doit être mis en application par le ST et le personnel du service.

A noter que ces alarmes sont vérifiées trimestriellement par les CRP et le référent radioprotection en Médecine Nucléaire. Les résultats sont tracés dans le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0019 en formulaires liés) et sur notre logiciel Blue Medi.

d. Contrôle avant rejet dans le réseau

Avant le rejet d'une cuve dans le réseau collectif, un contrôle par les CRP est réalisé. Ils prélèvent alors un échantillon du liquide contenu dans la cuve et l'analyse par spectrométrie gamma. Si l'activité de cet échantillon est inférieure à 10Bq/L, l'absence de contamination est avérée ainsi donc les CRP peuvent procéder au rejet du contenu de la cuve concernée, comme le permet l'autorisation pérenne, accordée par la SERAMM et validée par l'Autorité de Sureté Nucléaire. Dans le cas contraire, le contenu de la cuve est stocké en décroissance pendant un minimum de 10 périodes.

Les CRP de l'établissement ont en charge l'application du mode opératoire (cf. SVC-CESS-EQU.MOP-13-0038 en documents liés).

e. Traçabilité

Les CRP renseignent le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0017 en formulaires liés) et le registre informatique archivé dans U:\Physique-Radioprotection\Radioprotection\Médecine Nucléaire.

Les cuves de décroissance « thérapie ambulatoire RIV »

a. Mode de production des déchets liquides « thérapie »

Des effluents liquides contaminés sont stockés dans 3 cuves de décroissance situées au sous-sol du service de Médecine Nucléaire, sous-sol du bâtiment M, IPC1.

Ce sont les urines collectées dans les toilettes dédiées RIV du service de Médecine Nucléaire lors des traitements au ¹⁷⁷Lu, au ²²³Ra ou ²²⁵Ac. Ces effluents sont contaminés par du ¹⁷⁷Lu, du ²²³Ra ou du ²²⁵Ac.

b. Descriptif des cuves de décroissance

Chaque cuve a un volume de 3000L, elles sont reliées aux toilettes dédiés RIV du service de Médecine Nucléaire par des réseaux dédiés et signalés par des trisecteurs, sur lesquels sont positionnés des vannes automatisées afin de remplir préférentiellement l'une des 3 cuves.

Les plans des canalisations sont présentés à l'annexe 2 page 23.

c. Systèmes de sécurité

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 17 /32 Version : V 22.0

Les cuves sont placées à l'intérieur d'un bac de rétention permettant de stocker du liquide radioactif issu d'une éventuelle fuite d'une des 3 cuves.

Des systèmes de sécurité équipent ces cuves :

- un détecteur est présent dans chaque cuve pour indiquer le taux de remplissage,
- un détecteur est présent dans le puisard et permet de déceler une éventuelle fuite.

Report d'alarmes :

Un report de l'ensemble de la visualisation des niveaux de remplissage et des alarmes est situé dans le local des cuves situé au sous-sol ainsi qu'au SAS du laboratoire chaud de Médecine Nucléaire.

Un report de l'alarme du bac de rétention de ces 3 cuves est également situé aux Services Techniques.

Au déclenchement de l'une des alarmes, le mode opératoire (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0041 en documents liés) doit être mis en application par le personnel du service de Médecine Nucléaire, le PC sécurité et le service technique. A noter que ces alarmes sont vérifiées tous les 3 mois par les CRP et le référent radioprotection en Médecine Nucléaire. Les résultats sont tracés dans le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0019 en formulaires liés) et sur notre logiciel Blue Medi.

d. Contrôle avant rejet dans le réseau

Avant le rejet d'une cuve dans le réseau collectif, un contrôle par les CRP est réalisé. Ils prélèvent alors un échantillon du liquide contenu dans la cuve et l'analyse par spectrométrie gamma. Si l'activité de cet échantillon est inférieure à 100Bq/L, l'absence de contamination est avérée, comme le prévoit la réglementation, ainsi donc les CRP peuvent procéder au rejet du contenu de la cuve en question, comme le permet l'autorisation pérenne, accordée par la SERAMM et validée par l'Autorité de Sureté Nucléaire. Dans le cas contraire, le contenu de la cuve est maintenu en décroissance.

Cas particulier du Lutathera®

Modalités de gestion des effluents contaminés par des radionucléides de période supérieure à 100 jours :

Le Lutathera® est produit par méthode directe et son administration conduit à la présence de ^{177m}Lu dans les urines des patients et donc dans les cuves de décroissance des chambres RIV du local G03 ainsi qu'au sein des cuves de décroissance RIV au sous-sol du service de Médecine Nucléaire (bâtiment M), la période radioactive du lutétium-177 métastable est de 160 jours.

Dans le cas de figure où les résultats de l'évaluation de l'activité volumique par spectrométrie gamma, après la période de décroissance et au moment du rejet dépasserait la limite de 100 Bq/L, les CRP devront réaliser une nouvelle série de mesures à 2 mois d'intervalle l'une de l'autre, afin de mettre en évidence le fait que l'activité volumique des effluents liquides du secteur RIV reste stable entre celles-ci. Ainsi le rejet aux émissaires pourra tout de même être effectué même si la valeur en sortie de cuve dépasse la limite réglementaire de 100 Bq/L. Les CRP pourront ainsi justifier que ce dépassement n'est dû qu'à du ^{177}Lu produit à partir du ^{177m}Lu .

En effet dans sa circulaire (CODEP-DIS-2020-025925) du 12 juin 2020, l'ASN accepte que les effluents collectés dans les cuves de décroissance puissent être rejetés après les 10 périodes de décroissance du ^{177}Lu administré (et de ^{131}I si les cuves de recueil sont communes), même si la valeur en sortie de cuve dépasse la limite réglementaire de 100 Bq/L, sous réserve que le centre puisse justifier que ce dépassement ne soit dû qu'à du ^{177}Lu produit à partir du ^{177m}Lu .

Les CRP de l'établissement ont en charge l'application du mode opératoire (cf. SVC-CESS-EQU.MOP-13-0038 en documents liés).

e. Traçabilité

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 18 /32 Version : V 22.0

La personne qui effectue la fermeture de la cuve renseigne le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0018 en formulaires liés) et le registre informatique « Gestions cuves et fosse » où figurent les résultats du contrôle avant rejet stocké U:\Physique-Radioprotection\Radioprotection\Medecine Nucléaire.

Les fosses septiques

a. Mode de production des déchets liquides « diagnostic »

Deux fosses septiques dites de retardement sont localisées au sous-sol du service de Médecine Nucléaire, bâtiment M. Elles collectent l'ensemble des rejets des WC mis à disposition des patients injectés (WC TEP1, WC Scintigraphie et WC et évier TEP 2 et du lave bassin situés dans les zones réglementées (Cf. Annexe 1). C'est un mélange de déchets radioactifs solides et liquides. Les radioéléments présents peuvent être du ^{18}F , ^{99}Tc , ^{123}I , ^{68}Ga .

Les urines des patients injectés au ^{177}Lu et ^{131}I sont dirigées vers les cuves de décroissance reliées aux chambres 210 et 211 depuis les chambres de RIV du service de CHIRONCOLOGIE2.

L'injection du traitement Lu177 se fait dans l'une des chambres (210 ou 211), afin d'éliminer par voies naturelles, dans les WC dédiés, les premières urines du patient, ainsi que les suivantes pendant une durée minimale de 6H.

b. Descriptif des fosses septiques

La capacité de chaque fosse est de 4000L. Les effluents sont stockés dans l'une ou l'autre et renvoyés dans l'émissaire après dilution.

Le plan des canalisations alimentant les fosses est présenté à l'annexe 2.

c. Système de sécurité et maintenance des fosses

Chaque fosse est munie d'un bac de rétention capable de stocker d'éventuelles fuites équivalent à sa capacité totale. Un détecteur est présent dans le bac de rétention. Il permet de déceler une éventuelle fuite de la fosse.

Report d'alarmes : un report d'alarme est situé au service de Médecine Nucléaire et aux ST.

Les personnes qui interviennent lors de ces déclenchements d'alarmes sont les personnes du Service Technique (ST).

Au déclenchement de l'alarme, le mode opératoire (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0040 en documents liés) doit être mis en application par le S.T.

A noter que ces alarmes sont vérifiées trimestriellement par les CRP (Conseillers en Radioprotection) et le référent radioprotection en Médecine Nucléaire. Les résultats sont tracés dans le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0019 en formulaires liés) et sur notre logiciel Blue Medi.

Entretien des fosses : une vidange de chaque fosse est programmée annuellement lors du pont de l'Ascension, après une décroissance de 96 heures minimum. Cette intervention permet de vidanger et nettoyer chaque fosse afin de leur redonner leur capacité maximale. L'étanchéité de chaque fosse septique est également vérifiée à cette occasion. Deux prélèvements sont réalisés lors de la fermeture annuelle du service de médecine nucléaire, et une analyse par spectrométrie gamma est effectuée afin de s'assurer du respect des valeurs réglementaires en amont de la vidange. Les radioéléments recherchés lors de cette analyse sont le technétium 99m, le fluor 18, l'iode 131 et le lutétium 177.

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 19 /32 Version : V 22.0

d. Contrôle avant maintenance

Un contrôle est réalisé par prélèvement dans chaque fosse avant l'intervention de l'entreprise extérieure. Ce contrôle est réalisé par l'un des CRP de l'établissement qui a en charge l'application du mode opératoire (cf. SVC-CESS-EQU.MOP-13-0038 en documents liés).

A noter que ce mode opératoire est appliqué aussi pour la quantification de l'activité des rejets de la fosse aux émissaires. Ce contrôle est réalisé trimestriellement par les CRP de l'établissement.

e. Traçabilité

La personne qui effectue le contrôle renseigne le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0014 en documents liés) et le registre informatique « Gestions cuves et fosse » dans U:\Physique-Radioprotection\Radioprotection\Medecine Nucléaire.

4.0 DECHETS SOLIDES ISSUS DES CHAMBRES RIV

Des déchets solides et du linge contaminés sont stockés dans ce local dédié, situé au sous-sol du bâtiment D IPC1, local D08.

a. Mode de production des déchets

Le jour de son hospitalisation, le patient est accompagné en chambre RIV par le référent radioprotection ou la principale du service, qui l'informe sur la conduite à tenir vis-à-vis des déchets solides qu'il va produire au cours de son séjour.

Ces déchets solides sont considérés comme potentiellement contaminés et stockés en décroissance, le cas échéant. Un pré-tri des déchets est effectué pour les traitements au ^{177}Lu , ^{225}Ac et ^{223}Ra . Ne sont mis en décroissance que les éléments effectivement contaminés.

Pour les traitements à l'iode 131, tous les déchets sont mis d'office en décroissance au local D08.

Il s'agit essentiellement de résidus alimentaires, du linge, du matériel consommable infirmier, des couches, des poches urinaires après vidange, du matériel d'entretien de la chambre, des journaux, des affaires du patient, etc...

Dans le cadre d'un traitement à l' ^{131}I , le médecin responsable de l'administration de la dose évacue le pot plombé ayant contenu la gélule vers son lieu de stockage pour décroissance (local M12d) dans le service de Médecine Nucléaire.

Dans le cadre de traitement au ^{177}Lu , ^{223}Ra ou à l' ^{225}Ac , l'ensemble du matériel ayant servi à l'injection du médicament radiopharmaceutique radioactif sera ramené au service de Médecine Nucléaire, une fois le traitement terminé. Le CRP réalise un pré-contrôle de la chambre et trie les déchets afin de déterminer ceux qui sont contaminés et ceux qui ne le sont pas.

Ces déchets seront conditionnés dans des containers à aiguilles et sacs DAOM/DASRI.

Les containers à aiguilles sont évacués par les CRP après chaque traitement et sont stockés dans le service de Médecine Nucléaire à l'intérieur des fûts plombés dédiés à ce type de déchets.

Ce sont les aides-soignants (AS) du service de CO2 qui évacuent les déchets sacs DAOM/DASRI vers le local approprié (local D08) via l'ascenseur dédié.

Tous les déchets produits par le patient lors de son séjour sont considérés comme contaminés et sont traités en décroissance.

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 20 /32 Version : V 22.0

b. Descriptif des moyens de conditionnement des déchets

Dans le service de Chirurgie-Oncologie 2, ce sont les AS du service qui s'occupent de conditionner les déchets à la sortie du patient (en sacs DAOM/DASRI ou sacs en tissu pour le linge). Ils sont transférés et déposés par l'AS du service via un ascenseur dédié exclusivement au transport des déchets vers le local D08, dédié exclusivement au stockage des déchets des chambres de RIV. Le conditionnement *et la traçabilité* de ces déchets en fûts sont réalisés par un CRP. Le temps de stockage de ces déchets est de 67 jours au minimum pour le ^{177}Lu , 80 jours au minimum pour l' ^{131}I , *100 jours au minimum pour l' ^{225}Ac .*

A noter qu'un autre type de déchet est produit dans ces chambres de RIV, identifié comme déchet gazeux (cf. Déchets gazeux).

Le référent du service de Médecine Nucléaire ou le CRP a en charge l'application du mode opératoire (cf. SVC-DECH-RNU.MOP-06-0052 en documents liés) et (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0039 en documents liés) si nécessaire.

c. Contrôle des déchets en sortie d'établissement

Après la période de décroissance radioactive, les déchets sont contrôlés au portique situé en sortie d'établissement au sous-sol. Si l'absence de contamination est avérée, ces déchets seront considérés comme des déchets hospitaliers et seront dirigés vers l'incinérateur. En cas de contamination le mode opératoire (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0039 en documents liés) est appliqué.

d. Traçabilité

Un registre dans le local D08 est tenu à jour par les CRP et le référent radioprotection. Sur ce registre est mentionné les mouvements de déchets, les résultats des contrôles de non contamination et les rejets de déchets solides à l'incinérateur.

5.0 EFFLUENTS LIQUIDES ISSUS DES CHAMBRES RIV

Des effluents liquides contaminés sont stockés dans 3 cuves de décroissance situées dans ce local dédié, au sous-sol du bâtiment G IPC1, local G03.

a. Mode de production des déchets liquides « thérapie »

Ce sont les urines collectées dans les WC des chambres 210 et 211 lors de traitements à l' ^{131}I , *au ^{177}Lu ou au l' ^{225}Ac* et situées dans le service de chirurgie oncologique au 2^{ème} étage. Ces déchets sont contaminés par de ^{131}I et/ou du ^{177}Lu *et/ou ^{225}Ac .*

b. Descriptif des cuves de décroissance

Les cuves ont chacune un volume de 4000L. Elles sont reliées aux WC des chambres 210 et 211 par des réseaux dédiés et signalés par des trisecteurs, sur lesquels sont positionnés des vannes automatisées afin de remplir préférentiellement l'une des 3 cuves.

Les plans des canalisations sont présentés à l'annexe n°3.

c. Systèmes de sécurité

Les cuves sont placées sur un système de rétention permettant de stocker du liquide radioactif issu d'une éventuelle fuite d'une des 3 cuves.

Des systèmes de sécurité équipent ces cuves :

- un détecteur est présent dans chaque cuve pour indiquer le taux de remplissage,
- un détecteur est présent dans le puisard en dessous des 3 cuves et permet de déceler une éventuelle fuite.

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 21 /32 Version : V 22.0

Report d'alarmes :

Un report de l'ensemble de la visualisation des niveaux de remplissage et des alarmes est situé dans le local des cuves situé au sous-sol ainsi qu'au SAS du laboratoire chaud de Médecine Nucléaire.

Un report de l'alarme du bac de rétention de ces 3 cuves est également situé aux Services Techniques.

Au déclenchement de l'une des alarmes, le mode opératoire (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0041 en documents liés) doit être mis en application par le personnel du service de Médecine Nucléaire, le PC sécurité et le service technique. A noter que ces alarmes sont vérifiées tous les 3 mois par les CRP et le référent radioprotection en Médecine Nucléaire. Les résultats sont tracés dans le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0019 en formulaires liés) et sur notre logiciel Blue Medi.

d. Contrôle avant rejet dans le réseau

Avant le rejet d'une cuve dans le réseau collectif, un contrôle par les CRP est réalisé. Ils prélèvent alors un échantillon du liquide contenu dans la cuve et l'analyse par spectrométrie gamma. Si l'activité de cet échantillon est inférieure à 100Bq/L, l'absence de contamination est avérée, comme le prévoit la réglementation, ainsi donc les CRP peuvent procéder au rejet du contenu de la cuve en question, comme le permet l'autorisation pérenne, accordée par la SERAMM et validée par l'Autorité de Sureté Nucléaire. Dans le cas contraire, le contenu de la cuve est maintenu en décroissance.

Cas particulier du Lutathera®

Modalités de gestion des effluents contaminés par des radionucléides de période supérieure à 100 jours :

Le Lutathera® est produit par méthode directe et son administration conduit à la présence de ^{177m}Lu dans les urines des patients et donc dans les cuves de décroissance des chambres RIV du local G03 ainsi qu'au sein des cuves de décroissance RIV au sous-sol du service de Médecine Nucléaire (bâtiment M), la période radioactive du lutétium-177 métastable est de 160 jours.

Dans le cas de figure où les résultats de l'évaluation de l'activité volumique par spectrométrie gamma, après la période de décroissance et au moment du rejet dépasserait la limite de 100 Bq/L, les CRP devront réaliser une nouvelle série de mesures à 2 mois d'intervalle l'une de l'autre, afin de mettre en évidence le fait que l'activité volumique des effluents liquides du secteur RIV reste stable entre celles-ci. Ainsi le rejet aux émissaires pourra tout de même être effectué même si la valeur en sortie de cuve dépasse la limite réglementaire de 100 Bq/L. Les CRP pourront ainsi justifier que ce dépassement n'est dû qu'à du ^{177}Lu produit à partir du ^{177m}Lu .

En effet dans sa circulaire (CODEP-DIS-2020-025925) du 12 juin 2020, l'ASN accepte que les effluents collectés dans les cuves de décroissance puissent être rejetés après les 10 périodes de décroissance du ^{177}Lu administré (et de l' ^{131}I si les cuves de recueil sont communes), même si la valeur en sortie de cuve dépasse la limite réglementaire de 100 Bq/L, sous réserve que le centre puisse justifier que ce dépassement ne soit dû qu'à du ^{177}Lu produit à partir du ^{177m}Lu .

Les CRP de l'établissement ont en charge l'application du mode opératoire (cf. SVC-CESS-EQU.MOP-13-0038 en documents liés).

e. Traçabilité

La personne qui effectue la fermeture de la cuve renseigne le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0018 en formulaires liés) et le registre informatique « Gestions cuves et fosse » où figurent les résultats du contrôle avant rejet stocké U:\Physique-Radioprotection\Radioprotection\Medecine Nucléaire

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 22 /32 Version : V 22.0

6.0 REJETS AUX EMISSAIRES

a. Mode de production des déchets

Les déchets présents dans les émissaires proviennent des rejets de l'ensemble de l'établissement y compris les effluents liquides issus du service de Médecine Nucléaire et du service de Chirurgie oncologique 2. Ces déchets sont des déchets conventionnels rejetés au quotidien par l'établissement mais aussi des déchets provenant des relargages des cuves du service de Médecine Nucléaire ou de chirurgie oncologique 2 et du « trop plein » de la fosse septique.

b. Localisation des émissaires

Le premier point de collecte des émissaires est situé à l'angle du boulevard Leï Roure et du boulevard Sainte Marguerite. Les points de prélèvements sont représentés à l'annexe 4.

c. Contrôle des émissaires

Le contrôle des émissaires est réalisé tous les 3 mois par les CRP de l'établissement. La traçabilité des résultats est faite via l'application du mode opératoire (cf. SVC-CESS-EQU.MOP-13-0038 en documents liés), ainsi que sur le logiciel Blue Medi.

Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de l'application du programme du contrôle interne de radioprotection de l'établissement.

d. Traçabilité

L'ensemble des résultats des contrôles des émissaires sont tracés sur le formulaire (cf. SVC-CESS-EQU.FOR-13-0014 en formulaires liés), archivés dans le registre informatique stocké sur U:\Physique-Radioprotection\Radioprotection\Médecine Nucléaire. Ils sont remis à la Société d'Exploitation du Réseau d'Assainissement de Marseille (SERAMM).

7.0 DECHETS GAZEUX

a. Diagnostic

Ces déchets sont produits dans les enceintes plombées du laboratoire chaud du service de Médecine Nucléaire et dans le local où ont lieu les examens d'exploration pulmonaire avec le Technégaz.

Sur chaque point d'extraction, des canalisations d'air sont dédiées pour les rejets gazeux radioactifs. A l'intérieur des canalisations de rejets, sont installés des filtres permettant de piéger les radioéléments manipulés. Le changement des filtres est réalisé par une société externe lors d'une opération de maintenance, en général 1 à 2 fois par an. Un CRP accompagne systématiquement les agents responsables du changement de ces filtres. Un contrôle de non contamination systématique des agents ayant pris part à la maintenance est réalisé par le CRP. Ces filtres sont ensuite récupérés et stockés dans le local M12d, ils sont conservés pendant 114 jours (10 périodes pour le ^{223}Ra) au minimum avant évacuation dans le circuit classique des déchets

b. Thérapie RIV

Ces déchets sont produits à la sortie des chambres de RIV (2^{ème} étage IPC1). Il s'agit des filtres utilisés suite à la mise en dépression de ces chambres. Sur chaque point d'extraction, des canalisations d'air sont dédiées pour les rejets gazeux radioactifs. A l'intérieur des canalisations de rejets, sont installés des filtres permettant de piéger les radioéléments manipulés. Le changement des filtres est réalisé par une société externe lors d'une opération de maintenance.

Ces filtres sont changés en moyenne 1 fois par an au moment de la fermeture annuelle du service de Médecine Nucléaire (semaine 33). Un CRP accompagne systématiquement les agents responsables du changement de ces filtres. Un contrôle de non contamination systématique des agents ayant pris part à la maintenance est réalisé par le CRP. Ces filtres sont ensuite récupérés et stockés dans le local D08, ils sont conservés pendant 80 jours (10 périodes pour l' $^{131}\text{Iode}$) au minimum avant évacuation dans le circuit classique des déchets.

8.0 DECHETS SOLIDES PRODUITS HORS DU SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 23 /32 Version : V 22.0

Ces déchets sont produits dans le service d'Imagerie *interventionnelle* au BRIO (radioembolisation) (hors chambres RIV).

a. Mode de production des déchets

Ces déchets sont de 3 types :

- Déchets produits lors du WORKUP (phase préliminaire à la radioembolisation) : seringue de ^{99m}Tc dans une valisette plombée, papier, gants, consommables plastiques...
- Déchets produits lors de la radioembolisation : source mère d' ^{90}Y protégée par une boîte plexiglass, papier, gants, consommables plastiques...
- Les déchets produits lors des radioembolisations (1^{er} temps WORKUP et 2^{ème} temps traitement à l' ^{90}Y et contaminés sont systématiquement pris en charge et évacués par les CRP vers le service de Médecine Nucléaire afin d'être placés en décroissance au minimum : pendant 60H pour un WORKUP, et/ou 27 jours dans le cadre du traitement à l' ^{90}Y .

Un contrôle de non contamination des médecins responsables de l'injection et de toutes les personnes présentes en salle NEXARIS est réalisé systématiquement par les CRP. En effet ceux-ci sont présents à toutes les étapes de la prise en charge du patient au service BRIO dans le cadre de la radioembolisation.

Le parcours des déchets produits au BRIO, vers la Médecine Nucléaire est représenté en annexe 11.

b. Contrôle des déchets

Les déchets produits lors du WORKUP et lors de la radioembolisation (après la période de décroissance) sont contrôlés dans le service de Médecine Nucléaire par les manipulateurs puis à la sortie de l'établissement grâce au portique. Le référent radioprotection du service de MN prend en charge le contrôle, le tri, la traçabilité des déchets radioactifs.

c. Contrôle des déchets en sortie d'établissement

Après décroissance, les déchets sont contrôlés au portique situé en sortie d'établissement au sous-sol. Si l'absence de contamination est avérée, ces déchets seront considérés comme des déchets hospitaliers conventionnels et seront dirigés vers l'incinérateur. En cas de contamination le mode opératoire (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0039 en documents liés) est appliqué.

d. Traçabilité

Les déchets produits lors du WORKUP et de la radioembolisation :

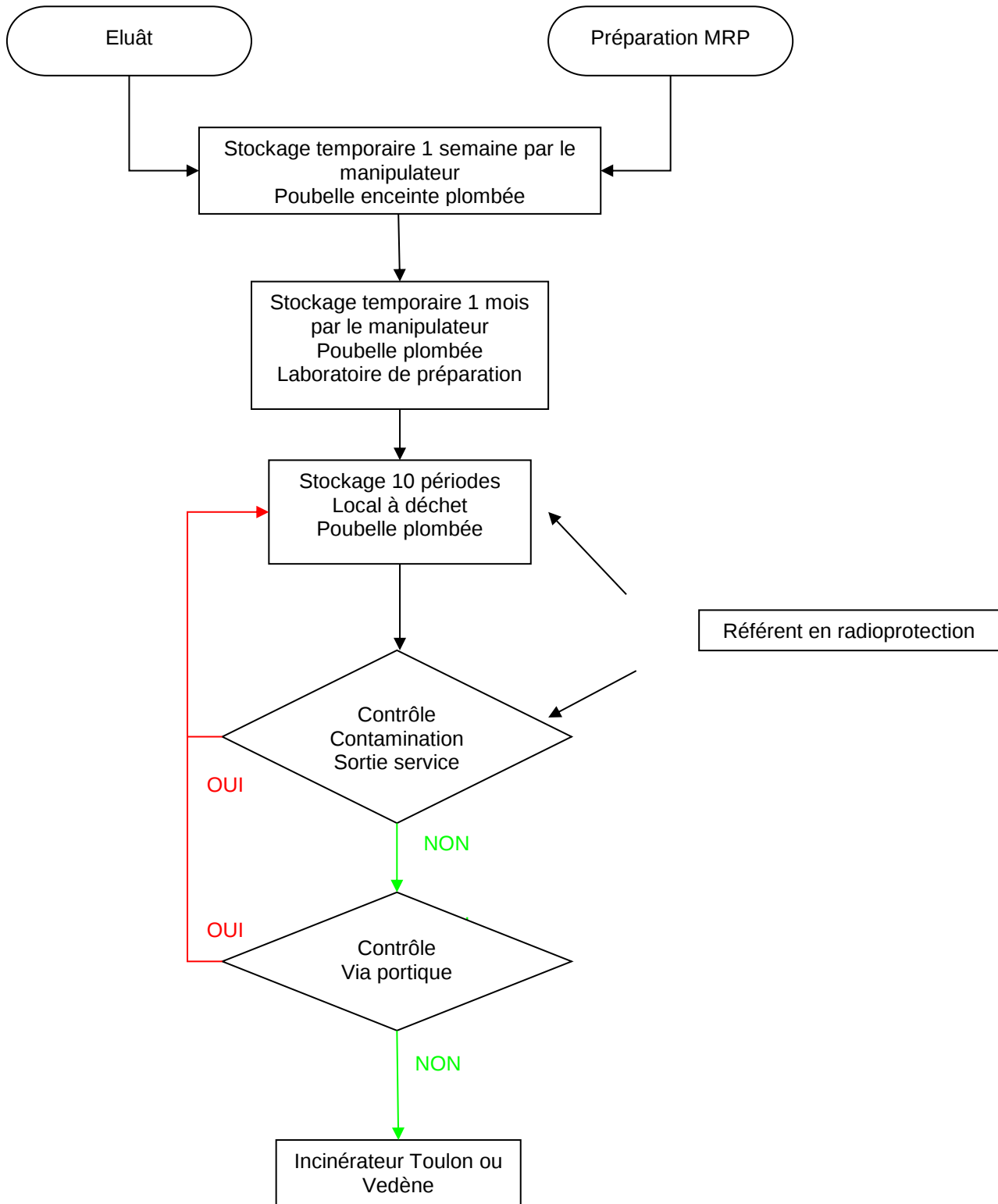
L'ensemble des mouvements des déchets ainsi que leur élimination est tracé sur le registre du local déchet M12d et/ou sur PHARMA MANAGER par le référent radioprotection ou le CRP.

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 24 /32 Version : V 22.0

9.0 CONTROLE EN SORTIE D'ETABLISSEMENT

L'ensemble des déchets hospitaliers (DAOM/DASRI) et ordures ménagères (DAOM) sont contrôlés via le portique situé en sortie d'établissement. Ils sont traités comme des déchets hospitaliers ou ordures ménagères conventionnels si le portique ne détecte pas une activité supérieure à deux fois le bruit de fond. En revanche, si le seuil de deux fois le bruit de fond est atteint, le mode opératoire (cf. SPR-MSUR-EQU.MOP-13-0039 en documents liés) est mis en œuvre.

	PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE	Création : 16/04/2013 Diffusion : 16/06/2025
	SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001	Pages : 25 /32 Version : V 22.0





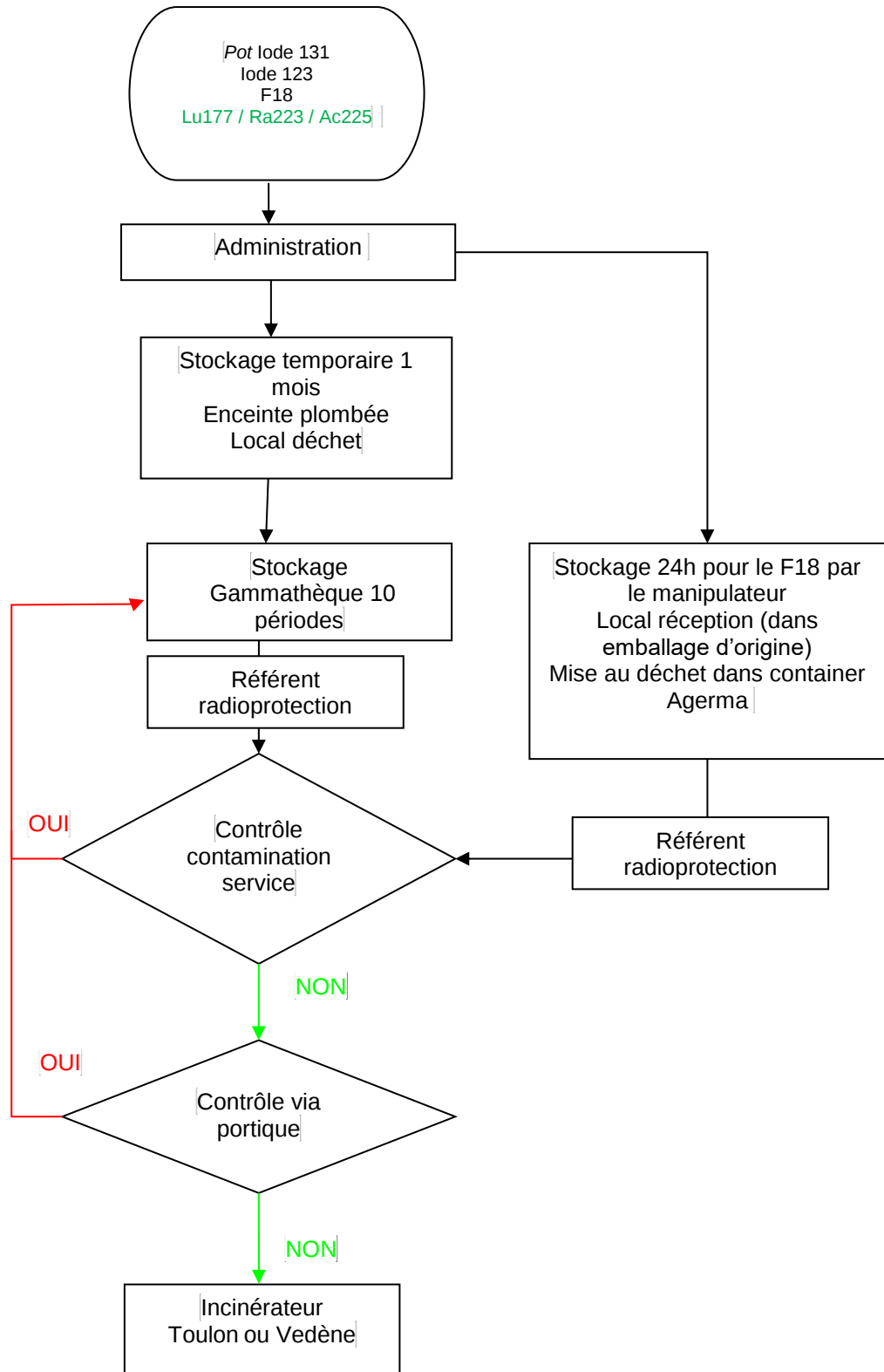
**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
 MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013
Diffusion : 16/06/2025

Pages : 26 /32
Version : V 22.0

Annexe 7 : Gestion déchet flacon





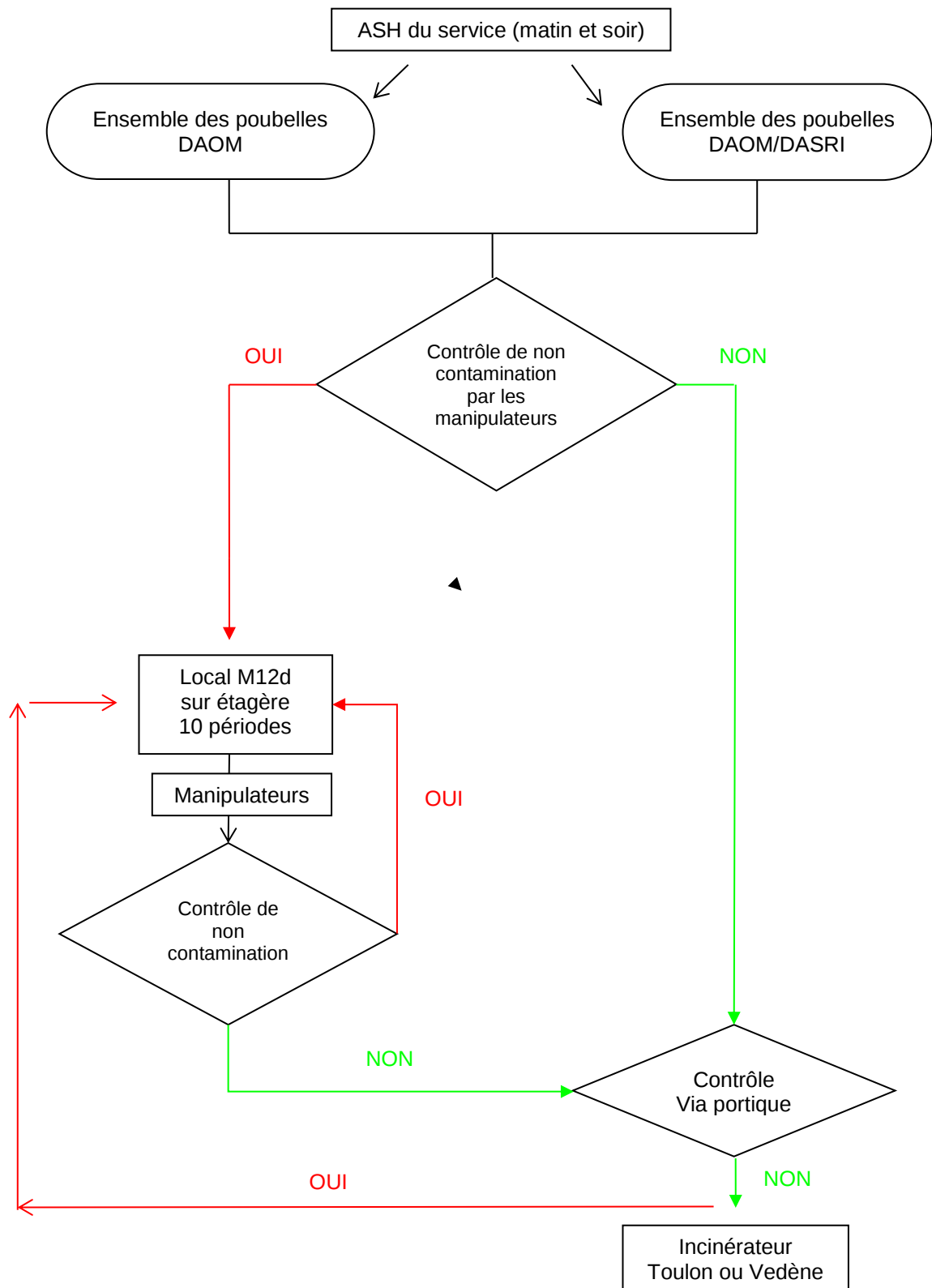
**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013
Diffusion : 16/06/2025

Pages : 27 /32
Version : V 22.0

Annexe 8 : Gestion des déchets journaliers





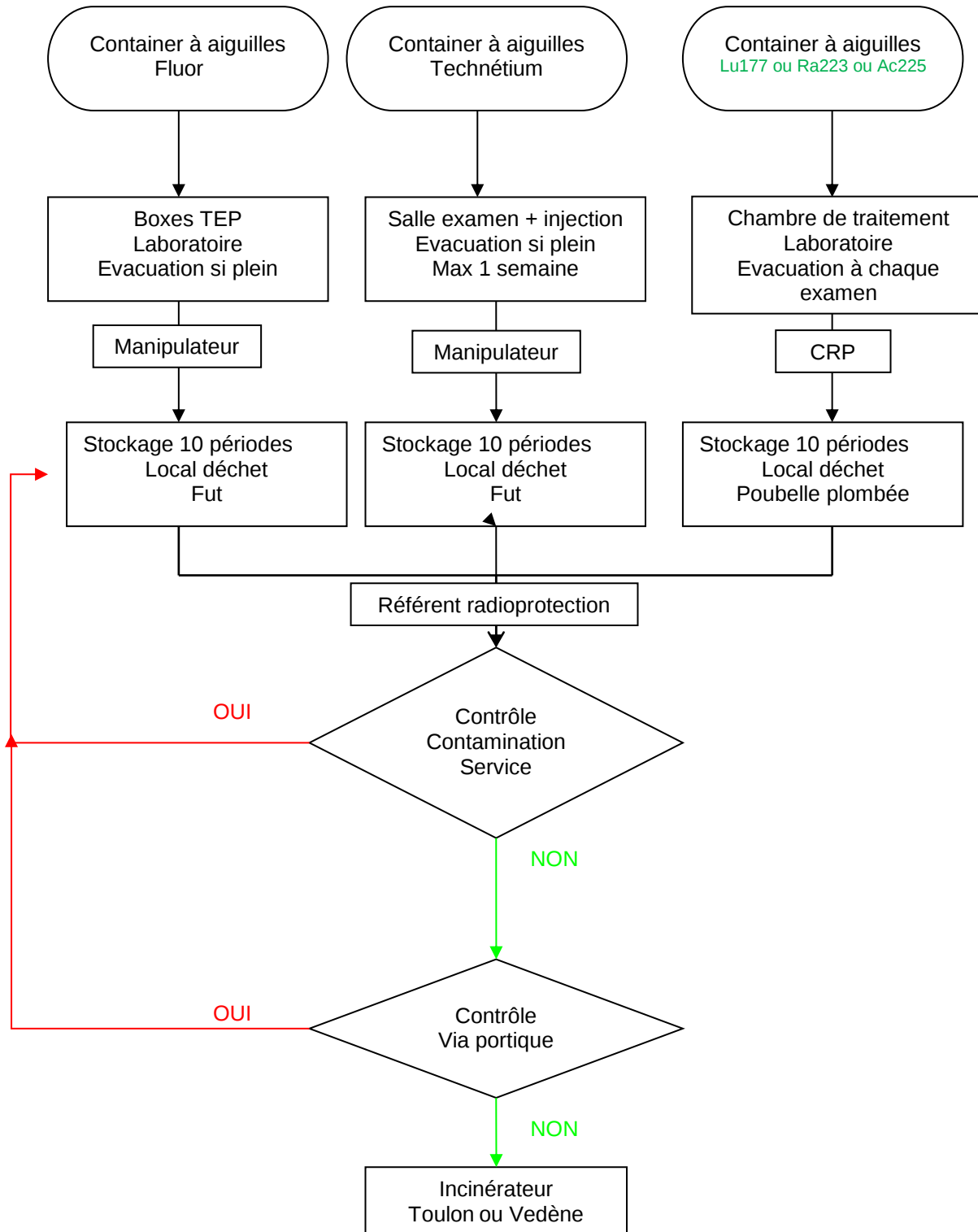
**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013
Diffusion : 16/06/2025

Pages : 28 /32
Version : V 22.0

Annexe 9 : Gestion déchet container à aiguilles





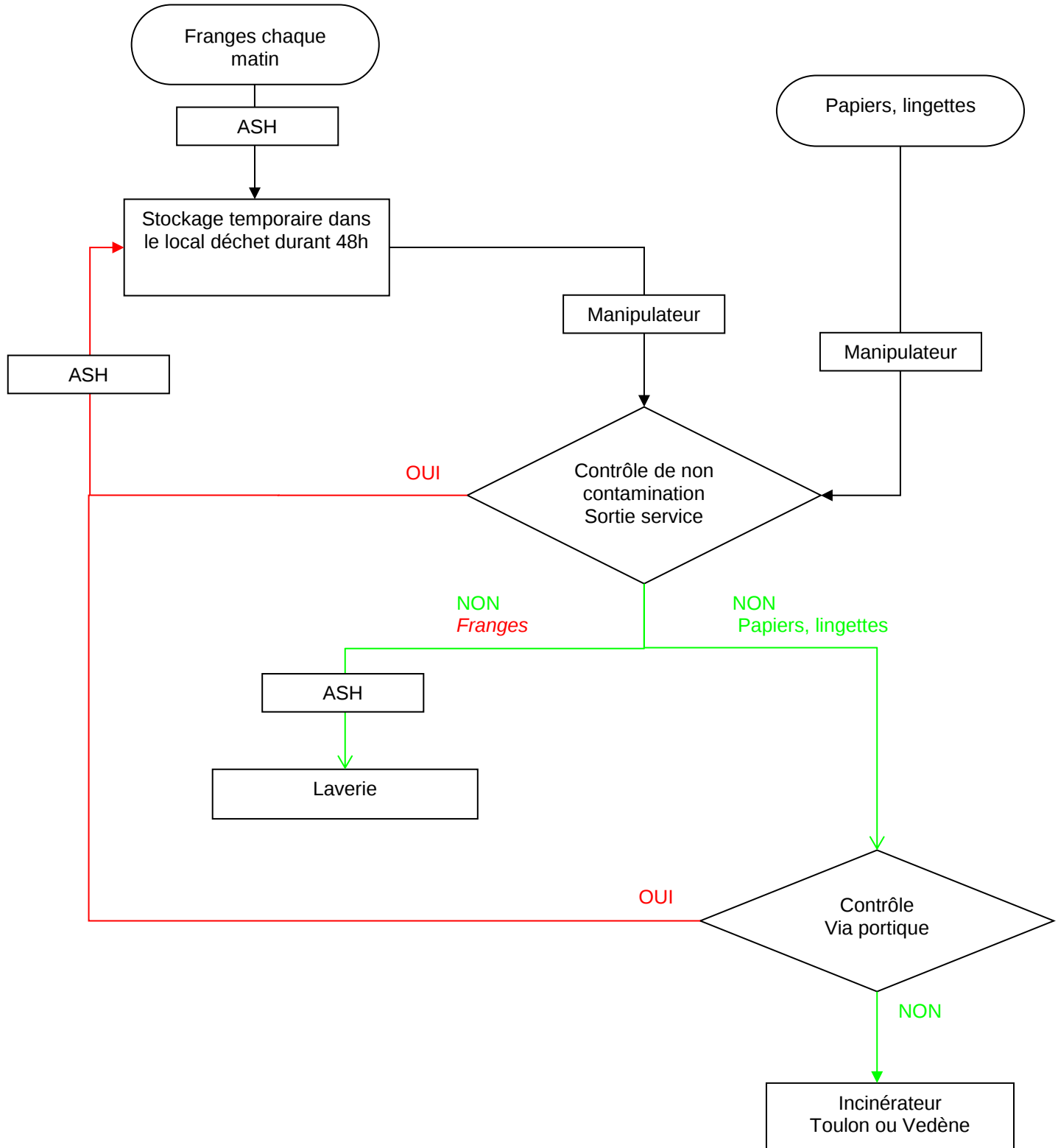
**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013
Diffusion : 16/06/2025

Pages : 29 /32
Version : V 22.0

Annexe 10 : Gestion des déchets par l'ASH





PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 30 /32

Version : V 22.0

Note explicative : Procédure de retour du GalliaPharm[®]

Cher client,

Les informations dans le tableau ci-dessous doivent vous aider à remplir la liste de contrôle pour retourner correctement les générateurs GalliaPharm[®] à Eckert & Ziegler Radiopharma GmbH (EZR).

L'expéditeur est seul responsable et doit veiller à respecter toutes les réglementations en vigueur et s'assurer que toutes les sources radioactives renvoyées sont correctement emballées et étiquetées. EZR n'est pas tenu responsable, dans aucun cas, du retour des générateurs GalliaPharm[®].

Emballage	
Quel emballage doit être utilisé pour le transport ?	Uniquement l'emballage Type A originel est permis ! Si vous l'avez perdu, s'il vous plaît commandez en un nouveau à EZR.
Numéro de document attribué au colis	Merci d'utiliser un seul formulaire par emballage et de le mentionner dans le document (ex : "1 of 2", "2 of 2").
Vérifications avant expédition	
Merci de vérifier et confirmer que chaque partie de l'emballage est en bon état	
Expédition	
Expéditeur	Préciser le nom de l'entreprise, la ville et le pays seulement
Numéro de commande EZR	Optionnel Préciser le numéro de référence EZR (EZR50...).
Date de référence/ activité totale	Préciser l'activité totale restante (en Bq, MBq ou GBq etc.) et la date à laquelle vous vous référez. (proche de la date d'expédition). Veuillez noter que cette valeur doit également apparaître sur l'étiquette de l'emballage, si nécessaire.
N° de lot	Préciser le numéro de lot du GalliaPharm [®] , qui doit être retourné
Vérifier le document de transport	
Composant chimique, état physique/ Source scellée	Ces données sont pré-remplies pour vous.
Débit de dose (DD) [µSv/h]	Mesurer les six faces. Noter la valeur du DD la plus haute de l'emballage en µSv/h.
Débit de dose à 1 m [µSv/h]	Mesurer les six faces. Noter la valeur du débit de dose à 1 mètre la plus haute de l'emballage en µSv/h.
Index de transport	Calculer l'IT en divisant le DD à 1 m par 10, puis arrondissez. Exemple : DD à 1 m = 2,2 µSv/h → Calcul : 2,2/10 = 0,22 → IT: 0,3
Catégorie de l'emballage	Jaune-II: DD >= 5 µSv/h and <= 500 µSv/h; IT > 0 µSv/h and <= 1 µSv/h
Poids total / Dimensions	Mesurer les dimensions et vérifier l'emballage.
Poids net du produit [kg]	15 kg max. pour l'emballage carton et 21 kg pour l'emballage métal, 14 kg pour GalliaPharm [®] .
Scellés	Utiliser un scellé, par exemple : - Un scotch de votre entreprise ou - Tout autre ruban adhésif comportant des indications ou - Tout autre ruban adhésif, lien solide (signer avec un marker permanent), Cela montrera l'ouverture évidente, non autorisée, du paquet.
Frottis, prélèvement de surface	Merci de vous assurer qu'il n'y a pas de contamination de surface sur l'emballage
Le colis répond à toutes les exigences pour le transport des matières dangereuses selon l'ADR/RID et IATA pour la classe 7. Le colis est emballé et étiqueté pour être en conformité avec l'ADR/RID et IATA pour la classe 7.	
Accord du destinataire	Sera complété par EZR. Merci d'attendre la confirmation d'EZR avant l'expédition !!!
Information complémentaires	Sachez que toutes les réponses et mesures incorrectes ou incomplètes peuvent entraîner un retard du processus et des coûts de traitement plus élevés, qui seront facturés en conséquence !



PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN MEDECINE NUCLEAIRE

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013

Diffusion : 16/06/2025

Pages : 31 /32

Version : V 22.0

Checklist for return of GalliaPharm®			
Fill one checklist per package!			
Support for completion is given in the document "Explanation of return procedure for GalliaPharm®"			
Package			
☐ Confirmation that column was completely emptied from liquid ☐ Confirmation that inlet & outlet have been closed with respective plugs ☐ Confirmation that GalliaPharm® is placed in proper & qualified plastic bag: "pressure bag" for card board, ZIP bag for metal container, before packing into the Type A package ☐ Eckert & Ziegler Radiopharma GmbH original Type A package is used ☐ Adhere all labels on the Type A package (see "Instruction for labeling of GalliaPharm® before return")			Proper package number of
Check before shipment			
Visual inspection of each single part: package, inserts, bag etc.			☐ ok
Visual inspection of assembled Type A package			☐ ok
Shipment			
Shipper/Customer:		EZR order number:	EZRSO
Date:	Current activity at date:		MBq
Batch No. GalliaPharm®:	Quantity: 1	Nuclide: ⁶⁸ Ge/ ⁶⁸ Ga	
Check for transportation documentation			
Chemical status	TiO ₂ powder		
Physical condition	solid		
Type of radioactive source	unsealed		
Surface dose rate	 µSv/h at package surface (highest reading of all sides)		
Dose rate at 1 m distance	 µSv/h at 1 m distance of package surface (highest reading of all sides)		
Transport index			
Package category	Yellow-II label		
Package type according class 7	Type A package		
UN-Number and proper shipping name of radioactive material	UN 2915 "Radioactive material, Type A package 7E"		
Gross mass of package:	☐ 15 kg ☐ 21 kg	Net mass of product:	14 kg
Dimensions of package:	☐ 31,5 cm x 31,5 cm x 31,5 cm ☐ 35,5 cm x Ø 32,0 cm		
Sealing	☐ carried out		
Wiped surface contamination (according to ADR)	☐ < 4.0 Bq/cm ² (for β, γ and α lower toxicity) ☐ < 0.4 Bq/cm ² (for others α)		
☐ package meets all requirements for dangerous goods according to ADR/RID and IATA for class 7			
☐ package is packed and labelled by trained and certified packer according to ADR/RID and IATA for class 7			
Date:	Name (block letters) Signature		
☐ EZR internal only: release of shipment from addressee submitted			



**PLAN DE GESTION DES DECHETS RADIOACTIFS EN
MEDECINE NUCLEAIRE**

SVC-DECH-RNU.DTQ-13-0001

Création : 16/04/2013
Diffusion : 16/06/2025

Pages : 32 /32
Version : V 22.0

Instructions pour étiqueter l'emballage retour Type A du GALLIAPHARM

Attention : Une personne qualifiée doit préparer l'emballage pour expédition, elle est aussi responsable de la préparation et de l'étiquetage de chaque colis.

Pour la préparation et l'étiquetage, merci de suivre les instructions ci-dessous :

- Coller l'étiquette Type A et adresse sur une face.
- Coller chaque étiquette jaune-II + Flèche le vers haut sur 2 faces différentes (carton ou fût)
- Compléter toutes les informations nécessaires :
 - Votre adresse, nom du contact et numéro de téléphone, et le nombre de colis sur l'étiquette Adresse
 - Contenu, activité et index de transport sur l'étiquette Jaune-II
- Coller les étiquettes sur deux faces opposées en laissant bien apparaître l'ensemble de ces dernières
 - Etiquettes jaune-II
 - L'étiquette UN 2915
 - L'étiquette Adresse
 - L'étiquette Flèche vers le haut
- Pour plus d'informations, veuillez contacter Curium PET France au :

04 73 63 28 19