

# DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT SIGNIFICATIF DANS LE DOMAINE DE LA RADIOPROTECTION (hors événement intéressant un patient soumis à une exposition en radiothérapie)

Date d'envoi de la déclaration : jj/mm/aaaa

*Les événements significatifs en radioprotection doivent obligatoirement être déclarés à l'Autorité de sûreté nucléaire, ainsi que le prévoient le code de la santé publique (article L. 1333-3) et le code du travail. Ce formulaire est à adresser 2 jours ouvrés suivant la détection de l'événement, même en l'absence des premiers résultats des investigations menées en vue de déterminer les circonstances de l'événement survenu.*

*Le « compte-rendu d'événement significatif » est à adresser dans les 2 mois suivant la déclaration initiale.*

*Pour un événement significatif de radioprotection patient en radiothérapie (critère 2.1), merci d'utiliser le site <http://www.vigie-radiotherapie.fr>*

## Cadre réservé à l'ASN

Référence ..... Date ..... Indice .....

## I. LE DÉCLARANT DE L'ÉVÉNEMENT

Monsieur / Madame Nom ..... Prénom .....

Qualité .....

Adresse professionnelle .....

Téléphone ..... Télécopie ..... Mél. ....

Si le déclarant n'est pas le responsable de l'activité nucléaire :

**Nom, prénom et adresse professionnelle du responsable de l'activité :**

.....  
.....

## II. L'ACTIVITÉ NUCLÉAIRE (L. 1333-1 DU CSP)

Raison sociale de l'établissement .....

N° SIRET .....

Secteur d'activité :

médecine, art dentaire, biologie humaine ou recherche biomédicale

applications industrielles, vétérinaires, de recherche

autre : .....

**Nature de l'activité :** .....

Références .....

et date de l'autorisation ou de la déclaration d'activité : jj/mm/aaaa

### III. L'ÉVÉNEMENT SIGNIFICATIF

Date et heure de survenue : .....

Lieu de survenue : .....

Date et heure de détection : .....

Circonstances de détection : .....

Critère(s) de déclaration retenu(s) (*plusieurs critères possibles*) : .....

En cas de déclaration selon le critère 1 (travailleurs) : raison(s) sociale(s) et adresse(s) des entreprises employant les travailleurs salariés et non salariés concernés : .....

Type de source ou de dispositif concerné : .....

#### CADRE À REMPLIR EN CAS DE PERTE OU DE VOL DE SOURCE

Isotope : ..... Période : .....

Rayonnements émis (*nature, énergie*) : .....

Activité (*préciser l'unité de mesure*) : À l'origine : ..... Actuelle : .....

Source sous forme non scellée :  oui  non

Source sous forme scellée :  oui  non

N° de source : ..... Année de fabrication de la source : ..... Nom du fabricant : .....

Si la source scellée est insérée dans un appareil, préciser :

Marque de l'appareil : ..... Type : .....

Utilisation de l'appareil : .....

Débit de dose actuel (mGy/h et/ou rad/h et/ou mSv/h) :

Au contact de la source : ..... à 30 cm : ..... à 1 m : ..... (*préciser l'unité de mesure*)

Au contact de l'appareil : ..... à 30 cm : ..... à 1 m : ..... (*préciser l'unité de mesure*)

Utilisation de la source : .....

**Aspect** (donner une description et joindre photo et/ou croquis à l'échelle de la source et, s'il y a lieu, de l'appareillage ou du conteneur qui la renferme) :

.....  
.....  
.....

**N° d'enregistrement IRSN ou visa de fourniture CIREA de la source** : .....

Date : .....

**Fournisseur** (nom et adresse)

.....  
.....

**Circonstances de survenue / description des faits**

.....  
.....  
.....  
.....

**Origine(s) présumée(s) de l'événement**

*Plusieurs origines possibles*

matérielles

logicielles

organisationnelles

humaines

agressions externes

autres : .....

**Conséquences réelles** (sur les travailleurs, les patients, le public, l'environnement, le matériel et l'installation)

*(préciser l'âge et le sexe des personnes concernées)*

.....  
.....  
.....  
.....

**Conséquences potentielles** (sur la base d'un scénario réaliste)\*

.....  
.....  
.....  
.....

\* Si cette estimation est accessible dans les délais de déclaration

## Mesures conservatoires et actions correctives immédiates

.....

.....

.....

.....

## VISAS

Le responsable de l'activité nucléaire

Le chef d'établissement

Le ou les employeur(s)

Date : jj/mm/aaaa..

Date : jj/mm/aaaa...

Date : jj/mm/aaaa..

Signature

Signature

Signature(s)

*La présente déclaration d'événement significatif en radioprotection doit être envoyée dans les meilleurs délais à la **division de l'Autorité de sûreté nucléaire territorialement compétente.***

*Les coordonnées des divisions territoriales de l'ASN sont disponibles sur [www.asn.fr/Contact](http://www.asn.fr/Contact).*

**Une copie de ces documents est à adresser à :**

- *l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire : IRSN - BP 17 - 92262 Fontenay-aux-Roses Cedex.*
- *pour les événements concernant les applications industrielles, vétérinaires et de recherche : à la Direction du Transport et des Sources (DTS) de l'ASN : ASN/DTS 15, rue Louis Lejeune - CS 70013 – 92541 Montrouge cedex. Fax : 01.46.16.44.24.*
- *pour les événements ne relevant pas des secteurs d'activité industriel ou médical, notamment les événements concernant les sites et sols pollués et les déchets radioactifs : à la Direction des déchets, des installations de recherche et du cycle (DRC) de l'ASN : ASN/DRC 15, rue Louis Lejeune – CS 70013 – 92541 Montrouge cedex. Fax : 01.46.16.44.30*

*Attention, la déclaration d'un événement significatif dans le domaine de la radioprotection **ne dispense pas des autres obligations de signalement**, pouvant découler de l'application du code du travail, du code de la santé publique, du code de l'environnement, ou de toute autre réglementation. Cette déclaration ne se substitue pas, notamment, aux dispositions prévues dans le cadre de la protection des travailleurs, du public et des patients, ou de la surveillance de la sécurité d'utilisation des produits de santé.*