|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN  **TÊN ĐƠN VỊ BÁO CÁO**  Số:……….. | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *Thái Nguyên, ngày tháng năm 20* |

**BÁO CÁO**

- ***Mẫu BC-ATBX-01***

**THỰC TRẠNG AN TOÀN TIẾN HÀNH CÔNG VIỆC BỨC XẠ**

**(**Mẫu áp dụng cho các cở sở bức xạ sử dụng Thiết bị X - quang dùng trong y tế)

**Năm 2022**

Kính gửi: Sở Khoa học và Công nghệ Thái Nguyên

**I. CÁC THÔNG TIN CƠ SỞ VÀ THIẾT BỊ BỨC XẠ:**

**1. THÔNG TIN CHUNG VỀ CƠ SỞ:**

- Tên cơ sở bức xạ:

- Địa chỉ:

- Điện thoại: .........................................

- Fax: ................................................ E-mail:

- Người đứng đầu (thủ trưởng) cơ sở bức xạ được cấp phép tiến hành công việc bức xạ:

+ Họ và tên: ................................................... + Chức vụ:

+ Điện thoại di động: ......................

- Người phụ trách an toàn bức xạ:

+ Họ và tên:

+ Điện thoại di động: ...........................

+ Quyết định bổ nhiệm hoặc phân công người phụ trách an toàn số: ……………………. ; ký ngày:

+ Giấy chứng nhận tham gia đào tạo, tập huấn về ATBX số: .................................................... ; Ngày cấp: ;

Ngày hết hạn: ...................... ; Đơn vị cấp: .........................................................................................................................

+ Chứng chỉ nhân viên bức xạ số: ...................................... ; Ngày cấp: ................. ; Ngày hết hạn:

+ Giấy chứng nhận tham gia đào tạo, tập huấn bổ sung cho người phụ trách ATBX số: ;

Ngày cấp: ................................. ; Ngày hết hạn: ................... ; Đơn vị cấp:

- Công việc bức xạ liên quan (nếu đang sử dụng thì tích x hoặc 🗸vào mục đang sử dụng):

Soi, chụp chẩn đoán tổng hợp  Chụp cắt lớp vi tính (CT)  Soi, chụp có tăng sáng truyền hình

Chụp can thiệp và chụp mạch  Chụp răng  Chụp vú

Đo mật độ xương  Chụp thú y  Mục đích khác (ghi rõ): .........................

**2. THÔNG TIN VỀ THIẾT BỊ BỨC XẠ VÀ GIẤY PHÉP LIÊN QUAN:**

**a. Thông tin về thiết bị bức xạ:**

- Tổng số thiết bị bức xạ hiện đang có tại cơ sở:………………………. Trong đó:

+ Số thiết bị đang sử dụng:………….. (thiết bị)

+ Số thiết bị chưa sử dụng hoặc đã ngừng sử dụng:………..…….. (thiết bị).

- Về thiết bị bức xạ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Tên thiết bị, mã hiệu thiết bị (Model) | Đặc tính kỹ thuật (TT,CT,TS, R,PET,SPECT) | Loại  (CĐ, DĐ) | Đầu bóng phát tia X | | Bàn điều khiển/ tủ điều khiển | | Hãng, nước SX | Năm SX | Tình trạng sử dụng | |
| Mã hiệu | Số sêri | Mã hiệu | Số sêri | Đang SD | Không SD |
|  | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* *Cột 1 cần ghi rõ tên thiết bị và mã hiệu (model) thiết bị.*
* *Cột 2 cần ghi rõ đặc tính kỹ thuật của thiết bị: TT (thông thường), CT (CT Scanner), TS (tăng sáng truyền hình), R (răng),PET, SPECT…*
* *Cột 3 cần ghi rõ loại thiết bị: CĐ (cố định), DĐ (di động).*
* *Cột 4 và 5: lấy thông tin tại tem dán ở bộ phận đầu bóng phát tia X của thiết bị.*
* *Cột 6 và 7: lấy thông tin tại tem dán ở bộ phận bàn điều khiển/ tủ điều khiển của thiết bị.*

**b Kiểm định thiết bị X-quang trong thời gian hiệu lực của giấy phép:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Số thứ tự thiết bị | Mã hiệu thiết bị X-quang liên quan | Lần kiểm định kể từ thời điểm GP có hiệu lực | Ngày kiểm định | Ngày hết hạn | Tên đơn vị kiểm định | Ghi chú |
| 1 | Thiết bị thứ 1 |  | Lần 1 |  |  |  |  |
| Lần 2 |  |  |  |  |
| Lần 3 |  |  |  |  |
| 2 | Thiết bị thứ 2 |  | Lần 1 |  |  |  |  |
| Lần 2 |  |  |  |  |
| Lần 3 |  |  |  |  |
| 3 | ……. |  |  |  |  |  |  |

**c. Kiểm xạ phòng lắp đặt thiết bị X-quang trong thời gian hiệu lực của giấy phép:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Số thứ tự thiết bị | Mã hiệu thiết bị X-quang liên quan | Lần kiểm xạ kể từ thời điểm GP có hiệu lực | Ngày kiểm xạ | Ngày hết hạn | Tên đơn vị kiểm xạ | Ghi chú |
| 1 | Thiết bị thứ 1 |  | Lần 1 |  |  |  |  |
| Lần 2 |  |  |  |  |
| Lần 3 |  |  |  |  |
| 2 | Thiết bị thứ 2 |  | Lần 1 |  |  |  |  |
| Lần 2 |  |  |  |  |
| Lần 3 |  |  |  |  |
| 3 | ……. |  |  |  |  |  |  |

**3. THÔNG TIN VỀ NHÂN SỰ LÀM VIỆC LIÊN QUAN ĐẾN THIẾT BỊ**

**a. Danh sách nhân viên bức xạ tại cơ sở:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên** | **Ngày tháng năm sinh** | **Địa chỉ thường trú** | **Điện thoại** | **Số CMND** | **Ngày cấp** | **Nơi cấp** |
|
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

**b. Thông tin về đào tạo an toàn bức xạ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TT | Họ và tên | Số giấy chứng nhận đào tạo | Đơn vị cấp | Ngày cấp | Hiệu lực đến |
|  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

**c. Trang bị liều kế cá nhân và kiểm soát liều kế cá nhân tại cơ sở:**

\* Số lượng liều kế cá nhân: ………….. (liều kế).

**\*** Hợp đồng đo liều kế cá nhân:

+ Số hợp đồng gần nhất: ngày:

+ Đơn vị ký hợp đồng:

\* Kết quả đo liều kế cá nhân trong thời gian hiệu lực của giấy phép: (Tính từ ngày Giấy phép có hiệu lực)

| **TT** | **Họ và tên** | **Lần đo liều kể từ thời điểm GP có hiệu lực** | **Ngày đo liều** | **Thời gian sử dụng liều kế** | **Có kết quả bất thường không (có/không)** | **Ghi chú** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | Lần 1 |  | Từ tháng …../202..  Đến tháng …../202.. |  |  |
| 2 |  | Lần 2 |  | Từ tháng …../202..  Đến tháng …../202.. |  |  |
| 3 |  | Lần 3 |  | Từ tháng …../202..  Đến tháng …../202.. |  |  |
| 4 |  | Lần 4 |  | Từ tháng …../202..  Đến tháng …../202.. |  |  |
| 5 |  | Lần 5 |  | Từ tháng …../202..  Đến tháng …../202.. |  |  |
| 7 |  | ….. |  | Từ tháng …../202..  Đến tháng …../202.. |  |  |

**II. THỰC HIỆN CÁC BIỆN PHÁP ĐẢM BẢO AN TOÀN BỨC XẠ:**

Trong năm vừa qua cơ sở đã thực hiện các biện pháp đảm bảo an toàn như sau:

Tổng số ca chụp trong năm:…………..Trung bình số ca/1máy/ngày:……………….

| **TT** | **Nội dung công việc** | **Chi tiết** | **Có** | **Không** | **Ghi chú** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Chấp hành các quy định về khai báo, đề nghị cấp phép | Có thực hiện đầy đủ các quy định về khai báo đối với các thiết bị bức xạ chưa đưa vào hoạt động không? |  |  |  |
| Có đủ giấy phép tiến hành công việc bức xạ không? |  |  |  |
| 2 | Thông tin về Người phụ trách an toàn bức xạ | Có bố trí người phụ trách an toàn không? |  |  |  |
| Có quyết định bổ nhiệm người phụ trách an toàn không? |  |  |  |
| 3 | Chấp hành quy định về cấp Chứng chỉ nhân viên bức xạ, đào tạo về an toàn bức xạ | Nhân viên bức xạ có văn bằng chuyên môn phù hợp theo quy định không? |  |  |  |
| Các nhân viên bức xạ có được đào tạo ban đầu về an toàn bức xạ không? |  |  |  |
| Các nhân viên bức xạ có được đào tạo lại về an toàn bức xạ định kỳ không? |  |  |  |
| 4 | Theo dõi và đánh giá liều chiếu xạ cá nhân cho nhân viên bức xạ | Có trang bị liều kế cá nhân cho nhân viên bức xạ không? |  |  |  |
| Họ tên các NVBX đã được trang bị liều kế cá nhân & Mã số liều kế tương ứng có được kiểm soát không? |  |  |  |
| Có tổ chức đánh giá liều chiếu xạ cá nhân cho nhân viên bức xạ không? |  |  |  |
| Việc theo dõi liều chiếu xạ cá nhân đối với từng nhân viên bức xạ có được thực hiện liên tục không? |  |  |  |
| Thời điểm theo dõi liều gần nhất? |  |  |  |
| Có trường hợp bất thường nào đối với liều chiếu xạ cá nhân của nhân viên bức xạ không? (nếu có, mô tả rõ trong phần nhận xét) |  |  |  |
| 5 | Khám và lập hồ sơ theo dõi sức khỏe định kỳ đối với nhân viên bức xạ | Có lập hồ sơ theo dõi sức khỏe cho nhân viên bức xạ không? |  |  |  |
| Nhân viên bức xạ có được khám sức khỏe định kỳ theo đúng quy định không? |  |  |  |
| 6 | Công tác quản lý hồ sơ về an toàn bức xạ | Hồ sơ đề nghị cấp giấy phép, gia hạn giấy phép có được lưu giữ đầy đủ không? |  |  |  |
| Có lưu giữ tài liệu kỹ thuật của nhà sản xuất (hướng dẫn sử dụng, chứng chỉ thiết bị của nhà sản xuất...) cho từng thiết bị không? |  |  |  |
| 7 | Nhật ký vận hành, sử dụng thiết bị bức xạ, nguồn phóng xạ; sổ theo dõi về sửa chữa và bảo dưỡng thiết bị bức xạ | Có nhật ký vận hành, sử dụng thiết bị X-quang/nguồn phóng xạ không? |  |  |  |
| Có sổ theo dõi về sửa chữa và bảo dưỡng thiết bị bức xạ không? |  |  |  |
| 8 | Quy trình tiến hành công việc bức xạ | Có quy trình vận hành thiết bị bức xạ không? |  |  |  |
| Nội dung Quy trình vận hành có rõ ràng không? |  |  |  |
| 9 | Nội quy an toàn bức xạ | Có nội quy an toàn bức xạ không? |  |  |  |
| Nội dung nội quy an toàn có quy định cho việc chỉ định khi chụp X-quang đối với phụ nữ đang mang thai không? |  |  |  |
| 10 | Xây dựng và triển khai Kế hoạch ứng phó sự cố bức xạ | Có Kế hoạch ứng phó sự cố bức xạ không? |  |  |  |
| 12 | Thực hiện kiểm định thiết bị bức xạ, hiệu chuẩn thiết bị ghi đo bức xạ, kiểm xạ định kỳ khu vực tiến hành công việc bức xạ | Có tiến hành kiểm định thiết bị X-quang và kiểm xạ khu vực làm việc định kỳ theo tần suất quy định không? |  |  |  |
| Tất cả thiết bị X-quang có được kiểm định không? Tất cả phòng đặt thiết bị có được kiểm xạ không? |  |  |  |
| 13 | Dấu hiệu cảnh báo bức xạ | Lối vào phòng chụp X-quang có biển cảnh báo bức xạ không? |  |  |  |
| Biển cảnh báo bức xạ có đúng quy định không? |  |  |  |
| Trước cửa phòng chụp X-quang có đèn cảnh báo bức xạ không? |  |  |  |
| Đèn cảnh báo bức xạ có hoạt động không? |  |  |  |
| 14 | Thiết bị đảm bảo an toàn | Có cung cấp trang bị bảo hộ lao động cho nhân viên bức xạ theo đúng quy định không?  Nếu có trang bị, liệt kê loại bảo hộ lao động và số lượng:   1. Tạp dề cao su chì: ............ (chiếc). 2. Tấm cao su che tuyến giáp cho nhân viên vận hành thiết bị chụp X - quang di động: ........... (chiếc). 3. Kính chì, găng tay cao su chì cho nhân viên vận hành thiết bị X - quang can thiệp: ..............(bộ). |  |  |  |
| Có áp dụng các biện pháp bảo vệ bệnh nhân (đặc biệt đối với bệnh nhân là trẻ em, phụ nữ mang thai) và người hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình chụp không? |  |  |  |
| Nhân viên bức xạ có sử dụng trang bị bảo hộ lao động theo đúng quy định không? |  |  |  |

**III. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH CHUNG CÔNG TÁC AN TOÀN BỨC XẠ CỦA CƠ SỞ, CÁC ĐỀ XUẤT KIẾN NGHỊ:**

**1. CƠ SỞ TỰ ĐÁNH GIÁ:**

- Việc tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vận hành thiết bị X quang, nội quy, quy chế an toàn bức xạ của nhân viên:

- Tình hình ATBX tại đơn vị: sự cố, hiện tượng bất bình thường, hành vi vi phạm nội quy, quy chế an toàn bức xạ:

- Mặt mạnh, mặt yếu, những kết quả tốt đạt được, các vấn đề tồn tại cần khắc phục, khó khăn.

**2. ĐỀ XUẤT KIẾN NGHỊ CỦA CƠ SỞ**

- Kiến nghị các vấn đề liên quan đến công tác quản lý an toàn bức xạ (nếu có)

- Kiến nghị liên quan đến các văn bản quy phạm pháp luật về ATBX (nếu có)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Sở KH&CN Thái Nguyên (b/c);  - Lưu: Cở sở bức xạ. | **NGƯỜI LẬP BÁO CÁO**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | **NGƯỜI QUẢN LÝ CƠ SỞ BỨC XẠ**  *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |