

# SCHEDA DI RADIOPROTEZIONE (vers.2.1)

(d.Lgs 101/2020 e smi e norme interne di protezione e sicurezza dalle radiazioni ionizzanti)

La scheda va compilata unicamente da coloro che afferiscono all'Area Medica dell'Università di Pavia e che svolgeranno attività comportanti esposizione alle radiazioni ionizzanti presso Strutture esterne all'Università, fatta eccezione del personale la cui attività a rischio radiogeno verrà effettuata solo ed esclusivamente presso la Fondazione IRCCS S. Matteo. La scheda va compilata ed aggiornata in caso di variazioni significative, prima dell'inizio delle attività (ex artt.109, 122, 131 e 133 del d.Lgs 101/2020 e smi).

**SCRIVERE IN STAMPATELLO E BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO**

Cognome ..... Nome .....

Nata/o a ..... il .....

Provincia (Stato, se straniera/o) .....

L'interessata/o è esposta/o alle radiazioni ionizzanti *per conto* dell'Università di Pavia presso Enti esterni?

- No, andare direttamente al punto 6 e firmare       Sì, completare la scheda

## 1. POSIZIONE FUNZIONALE IN UNIVERSITA' (A CURA DELL'UNIVERSITA')

Attualmente presso l'Università degli Studi di Pavia in qualità di:

*Dipendente, a tempo:*     pieno     parziale     determinato     indeterminato

a contratto o altro, *specificare* .....

*Indicare Dipartimento afferenza* .....

*Indicare Struttura ospitante* .....

Dottorando     Sc.Specialità     Master     Borsista/assegnista     Studente /Tirocinante

*Nome Corso/Sc./Master* .....

*Durata complessiva (in anni o frazione di anni)  
delle attività descritte nella presente scheda* .....

*Anno di corso (al momento della compilazione)* .....

*Durata complessiva dell'attività /formazione presso Università (anni)* .....

altro, *specificare* .....

## 2. UNITA' OPERATIVE /SERVIZI FREQUENTATI E RUOLO SVOLTO

### 2.1. UNITA' /SERVIZI FREQUENTATI ALL'ESTERNO DELL'UNIVERSITA' DI PAVIA

*Indicare tipologia delle Unità Operative /Servizi ove potrà avvenire l'esposizione alle radiazioni ionizzanti*

- Radiologia /imaging                       Neuroradiologia                       Endoscopia  
 Elettrofisiologia                       Sala operatoria                       Terapia del dolore  
 Radiologia interventistica, *specificare* .....
- Medicina Nucleare diagnostica                       Medicina Nucleare radioterapica  
 Radioterapia a fascio esterno                       Radioterapia endocavitaria  
 altro, *specificare* .....

## 2.2. RUOLO SVOLTO

Indicare il ruolo che svolgerà con riferimento all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Radiologo       Medico interventista       Ortopedico       Endoscopista       Urologo  
 Cardiologo       Anestesista       Biologo       Radioterapista       Medico nucleare  
 Tecnico sanitario radiologia medica       Assistente tecnico       Assistente odontoiatrico  
 Infermiere professionale       Infermiere generico       Ausiliario

altro, *specificare* .....

Descrivere le attività che verranno svolte connesse all'esposizione alle radiazioni ionizzanti:

.....  
.....

## 3. SORGENTI DI RADIAZIONI IONIZZANTI

Indicare le sorgenti di radiazioni ionizzanti che potranno comportare esposizione

3.1. APPARECCHIATURE RADIOGENE       No (andare al punto 3.2)       Sì, *completare*

Indicare le apparecchiature radiogene oggetto dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti:

Apparecchiature a raggi X:     fissa     mobile                       Acceleratore di particelle

altro, *specificare* .....

3.2. MATERIALE RADIOATTIVO       No (andare al punto 4)       Sì, *completare*

Indicare la tipologia di materiale radioattivo:     sorgenti sigillate     sorgenti non sigillate

scopo di utilizzo:     diagnostica     imaging     terapia     irraggiamento emoderivati

altro, *specificare* .....

## 4. MODALITA' DI ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

4.1. SE AL PUNTO 3.1 HA RISPOSTO SÌ, *completare il riquadro, altrimenti andare al punto 4.2*

L'interessato/a, durante le esposizioni radiologiche, *sosterà presso la zona comandi dell'apparecchiatura radiogena?*     Sì       No

L'interessato/a, durante le esposizioni, *può sempre uscire dalla sala radiologica?*     Sì     No

L'interessato/a, durante le esposizioni, *sarà presente all'interno della sala radiologica (diagnostica, operatoria o interventistica)?*

No     Sì, *specificare la frequenza prevista e l'uso dei DPI*

da 1 a 5 volte mediamente:     all'anno     al mese     alla settimana     al giorno

Se Sì: *utilizza i dispositivi di protezione individuale a disposizione?*     No     Sì

altro, *specificare* .....

4.2. SE AL PUNTO 3.2 HA RISPOSTO SÌ, *completare il riquadro, altrimenti andare al punto 5*

L'interessato/a *manipola direttamente materiale radioattivo?*

No, assiste alle attività ma senza manipolare direttamente il materiale radioattivo

Sì manipola, 1-5 volte mediamente:     all'anno     al mese     alla settimana     al giorno

Se manipola: utilizza i dispositivi di protezione individuale a disposizione?  No  Sì  
 altro, *specificare* .....

**5. DATI PERSONALI (A CURA DELL'INTERESSATO/A) – ex art.118 d.Lgs 101**

indirizzo email: ..... sesso:  M  F  
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ESPOSIZIONI PREGRESSE**

L'interessata/o è stata/o esposta/o alle radiazioni ionizzanti, per motivi professionali o di studio, *prima della compilazione della presente scheda?*  No  Sì, *indicare dove ed inoltre trasmettere al Presidio di Radioprotezione dell'Università le dosi pregresse*

.....

**ESPOSIZIONI CONTEMPORANEE MA INDIPENDENTI DALL'UNIVERSITA' DI PAVIA**

L'interessata/o è contemporaneamente esposta/o alle radiazioni ionizzanti *indipendentemente* dalle attività svolte per conto dell'Università di Pavia?  No  Sì, *indicare dove*

.....

**POSIZIONE LAVORATIVA ATTUALE (ESTERNA ALL'UNIVERSITA' DI PAVIA)**

L'interessata/o è attualmente  dipendente  a contratto  lavoratore autonomo presso Società/Enti pubblici o privati?  No  Sì, *indicare dove*

.....

**INFORMATIVA SULLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI, d.Lgs 196/03 e smi**

L'interessata/o è informata/o che il trattamento dei dati personali viene effettuato dall'Università di Pavia per ottemperare a disposizioni di legge in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro e secondo modalità e logiche previste dalla normativa vigente (d.Lgs 81/08 e 101/2020, e smi).

**6. FIRMA DEI SOGGETTI INTERESSATI**

*I firmatari, ciascuno per quanto di propria competenza, dichiarano che le informazioni fornite sono complete e veritiere e si impegnano a comunicare preventivamente qualsiasi variazione in argomento (artt.109 e 118 del d.Lgs 101).  
L'interessata/o, preso atto di quanto sopra, si impegna a rispettare le norme di protezione e sicurezza e le disposizioni vigenti presso l'Università e presso l'Ente ospitante ed assume ogni responsabilità conseguente in caso di inadempienza.*

Pavia, .....

.....  
Firma INTERESSATA/O

.....  
RESPONSABILE /DIRETTORE (in STAMPATELLO e firma)  
DIPARTIMENTO /SERVIZIO /SCUOLA SP. /MASTER /CORSO

.....  
Firma DELEGATO DEL RETTORE AREA MEDICA

**7. A CURA ESPERTO RADIOPROTEZIONE UNIVERSITA'** (artt.130, 131, 132 e 133 del d.Lgs 101)

Scheda rischio n.° ..... Data classificazione precedente .....

**CLASSIFICAZIONE DI RADIOPROTEZIONE**

- Lavoratore esposto categoria A
- Lavoratore esposto categoria B
- Lavoratore non esposto
- Studente /apprendista (>18 a), art.120,1 (+ classificazione)
- Lavoratore esterno, artt.7,1 e 80
- Lavoratore autonomo
- altro, .....

**SORVEGLIANZA FISICA INDIVIDUALE**

Sorveglianza fisica individuale:  Sì, come previsto dall'Ente ospitante  .....

Vincolo di dose efficace (artt.5, 130 e 122): ..... [ mSv/anno ]

Richiedere le dosi pregresse a interessata/o:  No  Sì

Indicazioni /osservazioni: .....

Pavia, .....

Esperto di Radioprotezione dell'Università, Elio GIROLETTI

**8. ANNOTAZIONI A CURA AMMINISTRAZIONE UNIVERS. /ESPERTO RADIOPROTEZIONE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....