FORMULARIO 2

Oficina Técnica de la Autoridad Nacional

Solicitud de Licencia de Operación

Completar este formulario de solicitud así como los anexos correspondientes y presentarlo conjuntamente con los requisitos del TUPA a la OTAN. Si el espacio es insuficiente anexar hojas adicionales conservando los formatos de los cuadros.

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre / Razón Social: ….....……..

RUC: ……

Domicilio Legal:

Dirección: …… Distrito: ……

Provincia: ..…… Región: ……

Teléfono: …… Fax: ……..… Horario de atención: .....

Dirección de correo electrónico: .....

2. UBICACIÓN DE LA INSTALACIÓN DONDE LAS FUENTES SERÁN USADAS (SI FUERA DIFERENTE AL DOMICILIO LEGAL):

Dirección: …… Distrito: ……

Provincia: ….…… Región: ……

Teléfonos: …..…… Fax: ……..….....

3. MARCAR LA PRÁCTICA A LICENCIAR:

	Teleterapia (cobaltoterapia, aceleradores, bisturís gamma)		Almacenamiento de material radiactivo
	Producción de radioisótopos		Uso no nuclear de Torio
	Fabricación de fuentes de radiaciones		Diagnóstico médico con rayos X
	Gestión de desechos radiactivos		Uso de medidores portátiles
	Irradiación panorámica		Trazadores radiactivos
	Irradiación con equipo autoblindado		Análisis por activación neutrónica
	Radiografía industrial		Braquiterapia de baja tasa de dosis
	Uso de haces de radiación de un reactor		Perfilaje de pozos petroleros
	Medicina Nuclear		Minería de Uranio
	Fraccionamiento y/o elución de radioisótopos para comercialización		Investigación y enseñanza con fuentes radiactivas de actividad mayor a 185 MBq
	Braquiterapia de alta y media tasa de dosis		Vigilancia y control de objetos con aceleradores y/o material radiactivo

4. RELACIÓN DE PERSONAL CON LICENCIA INDIVIDUAL:

Nombre y apellidos	Función (Radiooncólogo, operador, físico médico, oficial de protección radiológica, etc.)	Nro. de licencia individual (si es aplicable)

5. DETALLES DE LAS FUENTES DE RADIACION USADAS EN LA INSTALACIÓN

(Completar los Anexos 2.1 y 2.2 según corresponda)

6. PROGRAMA DE PROTECCION RADIOLOGICA

El solicitante declara que posee un programa de protección radiológica adecuado para la práctica a licenciar.

Firma del representante legal o responsable: ……..……..……

Nombre y apellidos: ……..……..……

Lugar y fecha: ……..

Los datos proporcionados en esta solicitud y los Anexos adjuntos tienen carácter de declaración jurada y están sujetos a la aplicación del Artículo 10 del Reglamento de la Ley 28028 y el Artículo 32 de la Ley 27444.

ANEXO 2.1

DETALLE DE LAS FUENTES DE RADIACION A LICENCIAR

1. FUENTES RADIACTIVAS Y/O EQUIPOS QUE CONTIENEN FUENTES RADIACTIVAS:

Radioisótopo	Actividad [1] (Bq)	Marca	Nro. de Serie	Ubicación[2]	Datos del equipo (si las fuentes están dentro de un equipo)		
					Marca	Modelo	Nro. de Serie

[1]Usar los prefijos correspondientes. Para fuentes selladas incluir la fecha de la actividad inicial
[2]Area, laboratorio, sala, sector, etc donde se encuentre físicamente la fuente

Las fuentes selladas en desuso serán:

☐ Re-exportadas

☐ Enviadas a la Planta de Gestión de Residuos Radiactivos del IPEN

2. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACION IONIZANTE[1] (aceleradores, ciclotrón, etc), EXCEPTO RAYOS X DE USO MÉDICO:

Marca	Modelo	Tipo de radiación[2]	Nro. de Serie	Tensión máxima (kV) / Energía máxima (MeV)	Intensidad máxima (mA) / Gy	Ubicación[3]

[1]Rayos X, electrones, etc.
[2]Para cada tipo de radiación
[3]Indicar en que sala o área está ubicado

3. EN CASO DE EQUIPOS DE RAYOS X DE USO MEDICO, COMPLETAR EL ANEXO 2.2

Firma del representante legal o responsable: ……..……..……

Nombre y apellidos: ……..……..……

Lugar y fecha: ……..

ANEXO 2.2

DETALLES DEL EQUIPO DE RAYOS X A LICENCIAR Y SUS MEDIOS DE PROTECCION
(llenar para cada equipo)

1. DATOS DEL EQUIPO

Aplicación	☐ Tórax ☐ General ☐ General y/o fluoroscopia ☐ Tomografía ☐ Mamografía ☐ Litotricia ☐ Intervencionismo ☐ Digital ☐ Otro: ……
Tipo	☐ Fijo ☐ Rodante ☐ Portátil ☐ Unidad móvil
Ambiente	Piso: …… Sala: ……
Control de Calidad	Entidad que lo realizó: …… Certificado Nro.: …… Fecha de emisión: ……

	Consola [(a)]	Tubo 1	Tubo 2 (solo para fluoroscopia))
Marca			
Modelo			
Nro. de Serie			
kVp máximo			
mA o mAs máximo			
Antigüedad			
Año de instalación			

(a) Si no se cuenta con los datos de la consola, anotar los del generador.

2. CARGA DE TRABAJO :

Para el tubo 1	Para el tubo 2
☐ Radiografías / semana: …… ☐ Pacientes / semana: …… Exámenes más comunes: ……	☐ Pacientes / semana: …….. Exámenes más comunes: …….. ……

3. MEDIOS DE PROTECCION RADIOLOGICA:

a. Para el operador:

☐ Barrera fija con visor. Material de la barrera:…… Espesor: …… cm

☐ Biombo con visor. Espesor del plomo: …… mm ☐ Biombo sin visor

Tipo de visor: ☐ Vidrio plomado ☐ Vidrio común ☐ Otro: ……

Dimensión del visor: …… cm x …… cm, espesor:…… mm

Otro medio de visualización: ☐ Espejo ☐ Cámara Video

☐ Mandil protector, cantidad: …… ☐ Collarín, cantidad: …… ☐ Gafas, cantidad: ……

b. Para el pacientes:

☐ Mandil protector, cantidad: …… ☐ Collarín, cantidad: ……

☐ Protector gonadal, cantidad: …… ☐ Lentes plomados, cantidad: ……

c. Para acompañantes:

☐ Mandil protector, cantidad: ……

4. DATOS DEL AMBIENTE DONDE SE UTILIZA EL EQUIPO:

Diagramar el ambiente donde se va a utilizar el equipo declarado, señalando la ubicación del equipo y de la sala de comando. Dimensiones de la sala: Largo: …… m, Ancho: …… m, Altura:…… m.

Señalar en el diagrama las paredes A, B, C y D e indicar las distancias

a) Tubo - pared A (hacia donde dispara el equipo) : …… m
b) Tubo - pared B : …… m
c) Tubo - pared C : …… m
d) Tubo - pared D : …… m
e) Tubo - techo : …… m
f) Tubo - comando : …… m
g) Tubo - paciente : …… m

En el caso de TAC las distancias antes indicadas deben ser con referencia al centro del gantry.

Indicar:
h) Porcentaje aproximado de disparos hacia la pared donde dispara el equipo : ……
i) Porcentaje de disparos hacia la mesa : ……

Barreras	Material		Blindaje adicional		Area adyacente (comando, sala de revelado, oficina, consultorio, sala de espera, pasadizo, escalera, almacén, vivienda vecina, calle, otros)
	Ladrillo tarrajeado con cemento (por un lado o ambos lados), ladrillo solo, concreto, madera, drywall, vidrio, otros.	Espesor (cm)	Plomo, hierro, Baritina	Espesor (mm)	
Pared A					
Pared B					
Pared C					
Pared D					
Puerta					
Techo					
Piso					

Firma del representante legal o responsable: ……

Nombre y apellidos: ……

Lugar y fecha: ……