**Osnova šetření příčin vyšší osobní dávky**

Vyšší dávkou se rozumí:

* efektivní dávka >10 mSv, úvazek efektivní dávky > 6 mSv, ekvivalentní dávka >10 mSv pro oční čočku, 150 mSV pro kůži nebo končetiny za jedno monitorovací období,
* překročení limitů pro radiačního pracovníka.

Držitel povolení: ……………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………...

IČO: ………………………………………………………… Registrační číslo SÚJB: …………………………………………………………

Adresa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jména účastníků šetření: …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Kdo šetření provedl: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum šetření: …………………………………………………………

Kontrolované pásmo: **ano / ne** 1

## Identifikační údaje a výsledek šetření

1. Příjmení a jméno uživatele osobního dozimetru: …………………………………………………………………………………
2. Datum narození: …………………………………………………………
3. Kvalifikace pracovníka, pracovní zařazení: ……………………………………………………………………………………………
4. Kategorie pracovníka z hlediska práce se ZIZ: **A** / **B** 1
5. Číslo a typ osobního dozimetru: ……………………………………………………………………………………………………………………
6. Sledované období (rok, měsíc, jiné období): …………………………………………………………………………………………..
7. Výsledek hodnocení dávky (dozimetrickou službou) za sledované období: …………………………..
8. Používal pracovník ochrannou **zástěru** / **zástěru a límec** 1? **ano** / **ne** 1

Jestliže **ano**, uveďte:

* ochranné pomůcky byly nošeny **vždy** / **část doby** 1 (……………%) při práci se ZIZ
* ekvivalent ochranné zástěry ……………………………
* koeficient použitý pro přepočet dávky měřené na zástěře na efektivní dávku

(lze konzultovat s oprávněnou dozimetrickou službou) ……………………………

* efektivní dávku po přepočtu ……………………………
* Byla překročena vyšetřovací úroveň po přepočtu? **ano** / **ne** 1
1. a) Hp(3) **<** 20 mSv 1

Používal pracovník ochranné **brýle**? **ano** / **ne** 1

b) Hp(3) **>** 20 mSv 1

Používal pracovník ochranné **brýle**? **ano** / **ne** 1 Jestliže **ano**, uveďte:

* ochranné brýle byly nošeny **vždy** / **část doby** 1 (……………%) při práce se ZIZ
* ekvivalent ochranných brýlí ……………………………
* koeficient použitý pro přepočet Hp(3) na ekvivalentní dávku v oční čočce (lze konzultovat s oprávněnou dozimetrickou službou) ……………………………
* ekvivalentní dávka v oční čočce po přepočtu ……………………………
* Byla překročena vyšetřovací úroveň po přepočtu? **ano** / **ne** 1
1. Rozbor pracovních podmínek, které mohly vést k vyšší dávce: ………………………………………………………

## Doplňující údaje

1. Druh práce se ZIZ: 2 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. U kolika pracovníků se zvýšená expozice na pracovišti vyskytla v daném období: 2

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Výsledek případného kontrolního měření (s uvedením způsobu měření): 2 ………………………………….
2. Jiné závady v osobní dozimetrii (zapomenutý dozimetr, film ozářen mimo kazetu, vypadlé filtry v kazetě apod.): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Další případné ochranné pomůcky na pracovišti (zástěny, rukavice, aj.): 2 ……………………………………
4. Informace o případných opatřeních na pracovišti a u pracovníka (změna pracovního postupu, režimu, změna typu osobní dozimetrie nebo periodicity sledování, doplnění ochranných pomůcek, poučení pracovníků, apod.): ……………………………………………………………………………………
5. O vyšší dávce (v případě překročení limitů) byl informován oprávněný lékař: **ano** / **ne** 1

**Závěr k osobní dávce pracovníka**

**pracovník obdržel osobní efektivní dávku** ……….**mSv**

**pracovník obdržel osobní ekvivalentní dávku** ……….**mSv na kůži /na končetiny/v oční čočce** 1

**byl ozářen pouze dozimetr - neosobní dávka**

…………………………………………

datum a podpis pracovníka

…………………………………………

datum a podpis dohlížejícího osoby

*Vyplněné zašlete na adresu nebo na e-mail:*

***Státní úřad pro jadernou bezpečnost***

***Oddělení evidencí a hodnocení ozáření***

***Senovážné náměstí 9***

***110 00 Praha***

***hlaseni.davky@sujb.cz***

1 Nehodící se škrtněte.

2 Nebyla-li překročena vyšetřovací úroveň po přepočtu, není nutné vyplnit.