

## FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT D'UN UTILISATEUR D'APPAREIL ÉMETTEUR DE RAYONS-X

(An English version is available)



*Specialiste de la sécurité des rayons-X  
Bureau de la gestion du risque  
1, rue Nicholas, bureau 840  
Ottawa, ON K1N 7B7  
Tél: (613) 562-5800 poste.2000 Téléc: (613) 789-5711*

Reçu: \_\_\_\_\_

Veillez retourner à:

### Utilisateur des rayons-X:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N° d'employé(e)/étudiant(e): \_\_\_\_\_  
 Faculté: \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_  
 N° de tél.: \_\_\_\_\_ N° de tél. du labo.: \_\_\_\_\_ N° de téléc.: \_\_\_\_\_  
 Édifice: \_\_\_\_\_ N° de pièce: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

### Coordonnées du superviseur:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N° de tél. ou poste: \_\_\_\_\_  
 Poste: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

### PARTIE 1: RENSEIGNEMENTS SUR LES APPAREILS ÉMETTEURS DE RAYONS-X QUE VOUS UTILISEREZ

Nom de l'appareil: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_ N° de permis: \_\_\_\_\_  
 Description: \_\_\_\_\_ Temps d'utilisation: \_\_\_\_\_  
 (heures/semaine)

### Coordonnées de la personne-ressource:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N° de tél. ou poste: \_\_\_\_\_

### PARTIE 2: FORMATION ET EXPÉRIENCE

1. Formation antérieure	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lieu: _____ Date: _____
2. Expérience	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N <sup>bre</sup> d'années: _____
3. Formation uOttawa		Questions de sécurité abordées
a. Formation pratique en laboratoire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> Date: _____
b. Visionnement de la vidéo « X-Ray Diffraction Hazards »	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date: _____
c. Visionnement de la présentation en ligne: « Analytical X-Ray Training »	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date: _____

[www.uottawa.ca/services/sesst/XraySafetyFR.htm](http://www.uottawa.ca/services/sesst/XraySafetyFR.htm)



# FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT D'UN UTILISATEUR D'APPAREIL ÉMETTEUR DE RAYONS-X

(An English version is available)

## PARTIE 3: TEST DE CONNAISSANCES

Date: \_\_\_\_\_

*Veillez répondre aux questions suivantes. Fournir une seule réponse par question.*

1. Les rayons-X sont produits par::

- diffusion Compton       Effet photo-électrique  
 Désintégration bêta       Rayonnement continu de freinage

2. Quel matériau serait le plus approprié pour protéger contre l'exposition aux rayons-X?

- plastique       plomb  
 béton       papier

3. Quelle est la dose maximale admissible au corps entier, par année, pour une personne qui n'est pas enceinte:

- 0,5 mSv       50 mSv  
 5 mSv       500 mSv

4. Quelle partie du corps humain absorbe le plus les rayons-X?

- muscles       tissus adipeux  
 os       cerveau

5. Si, en tant qu'utilisateur d'appareil à rayons-X, vous voyez qu'un appareil est en cours de réparation, vous allez:

- rester à l'écart/ne pas toucher       faire des mises au point  
 essayer de le réparer       faire comme si de rien n'était

6. Que signifie l'acronyme ALARA?

7. Nommez quatre (4) moyens de respecter le principe ALARA:

- a. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

8. Nommez quatre (4) dispositifs de protection contre les rayons-X:

- a. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

9. Quelles sont les trois (3) principales causes d'exposition accidentelle aux rayons-X?

- a. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_

10. Nommez trois (3) types de dangers associés aux appareils à rayons-X que les dangers liés aux faisceaux:

- a. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_

Note:  /10

## SECTION 4: DÉCLARATION ET SIGNATURE

*Je déclare avoir été informé des risques associés à l'appareil à rayons-X susmentionné et des mesures de sécurité qui contribueront à réduire au minimum mes risques d'exposition. Les mesures de sécurité en question concernent les appareils à rayons-X munis de dispositifs de verrouillage qui préviennent la fuite de rayons-X. Je comprends qu'en l'absence d'un tel dispositif, je vais devoir suivre de la formation supplémentaire pour pouvoir utiliser l'appareil. J'accepte de respecter toutes les conditions se rattachant au permis d'utilisation et de suivre toutes les procédures et pratiques du laboratoire dans lequel je travaillerai.*

Signature de l'utilisateur: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du superviseur: \_\_\_\_\_

Initiales du spécialiste de la sécurité des rayons-X: