|  |
| --- |
| **Annexe I : Inventaire des appareils générant des rayons X (établissements de classe III)** |
| Nom et adresse du cabinet dentaire : |  |
| Nom du médecin-dentiste responsable : |  |
| Etage | Salle | Fonction(\*)(IO, OPG, TR) | Fabricant | Modèle d’équipement /IUD-ID de base(\*\*) | N° série / IUD si disponible | Date de fabrication | Date d’ installa-tion | Plage kV (tension min et max du tube) | mAmax (courant max. de l’anode) | Propriétaire précédent / installateur | Mise hors service? Démonté/repris par : nom de la firme ou du médecin |
|  | Appareils actuellement existants au cabinet dentaire (préciser à droite quels appareils seront mis hors service) : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Appareils prévus à installer au cabinet dentaire : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre maximal des appareils à rayons X fonctionnels détenus à l’adresse indiquée : \_\_\_\_\_\_ Si le médecin-dentiste responsable dispose encore d’appareils radiologiques à d’autres adresses, il introduit un inventaire par adresse.Nombre maximal de radiographies IO par semaine : \_\_\_\_\_\_Nombre maximal de radiographies sur OPG par semaine : \_\_\_\_\_\_Ces chiffres indiquent la somme des radiographies pour tous les utilisateurs des appareils RX. |