

# Modification des renseignements sur les doses déposés dans le Fichier dosimétrique national

Pour plus de renseignements sur la procédure suivante et sur le formulaire de demande de modification des renseignements sur les doses, veuillez consulter la Norme d'application de la réglementation S-260 de la Commission canadienne de sûreté nucléaire (CCSN) à l'adresse suivante :

[http://www.suretenucleaire.gc.ca/fr/regulatory\\_information/documents/current\\_docs.cfm](http://www.suretenucleaire.gc.ca/fr/regulatory_information/documents/current_docs.cfm).

## Procédure de demande de modification des renseignements sur les doses

Voici les démarches que doit entreprendre l'utilisateur lorsqu'il demande à la CCSN l'autorisation de modifier les renseignements sur les doses figurant dans un dossier du Fichier dosimétrique national (FDN).

1. L'utilisateur fournit les renseignements indiqués à la section A – Déclaration du titulaire de permis, du formulaire *Demande de modification des renseignements sur les doses*, figurant à l'annexe B :
  - a) le numéro de groupe ou de compte renvoyant au numéro de compte que le service de dosimétrie a attribué au titulaire de permis;
  - b) le nom de l'entreprise qui figure sur le rapport sur les doses établi par le service de dosimétrie;
  - c) le nom du titulaire de permis qui figure sur le permis de la CCSN;
  - d) le nom du travailleur et son numéro d'assurance sociale;
  - e) le numéro de série du dosimètre qui figure sur le rapport original sur les doses, s'il y a lieu;
  - f) la période de port (par exemple, 03/01/01 à 03/03/31) qui figure sur le rapport original sur les doses, s'il y a lieu;
  - g) le rapport d'enquête décrit à la section suivante;
  - h) la modification à apporter aux renseignements sur les doses.
2. Le responsable de la radioprotection ou son délégué remplit, date et signe la section A – Déclaration du titulaire de permis, du formulaire *Demande de modification des renseignements sur les doses*.
3. Le travailleur, qui sera touché par la modification, date et signe la section B – Déclaration du travailleur, du formulaire *Demande de modification des renseignements sur les doses*.
4. L'utilisateur envoie par la poste le formulaire dûment rempli et toutes les pièces jointes, s'il y a lieu, au personnel de la CCSN chargé de l'évaluation des permis (voir l'annexe A, Personnes-ressources).
5. L'utilisateur informe le travailleur touché des modifications apportées aux renseignements sur les doses.

## **Rapport d'enquête**

L'utilisateur fait enquête sur l'événement qui a entraîné la demande de modification des renseignements sur les doses et condense les renseignements dans un rapport d'enquête. Le rapport doit comprendre les renseignements suivants :

1. les motifs de la demande de modification des renseignements sur les doses;
2. une description des circonstances et des délais;
3. les calculs à l'appui de la demande, s'il y a lieu;
4. une copie de la section pertinente du rapport de dose du service de dosimétrie;
5. tout autre renseignement pertinent, selon les directives du spécialiste des permis de la CCSN, par exemple une courte description des antécédents professionnels et de l'historique de dose de la personne visée.

## **ANNEXE A**

### **PERSONNES-RESSOURCES DE LA CCSN**

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Bureau central régional  
C. P. 1046, Succursale B  
280, rue Slater, 9<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario)  
K1P 5S9

Téléphone : 1 888 229-2672  
Télécopieur : (613) 995-5086

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Division des mines d'uranium et de l'évaluation des lieux  
Bureau de Saskatoon  
101, 22<sup>e</sup> Rue Est, pièce 307  
Saskatoon (Saskatchewan)  
S7K 0E1

Téléphone : (306) 975-6376  
Télécopieur : (306) 975-6387

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Bureau de site de la centrale de Bruce-A  
Bâtiment technique  
C. P. 3000  
Tiverton (Ontario)  
N0G 2T0

Téléphone : (519) 361-3089  
Télécopieur : (519) 361-7507

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Bureau de site de la centrale de Bruce-B  
C. P. 4000  
Tiverton (Ontario)  
N0G 2T0

Téléphone : (519) 361-4010  
Télécopieur : (519) 361-7207

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Bureau de site des centrales de Pickering-A et Pickering-B  
1675, chemin Montgomery Park  
Porte 1  
Bâtiment Admin  
Pickering (Ontario)  
L1V 2R5  
Téléphone : (905) 831-8195  
Télécopieur : (905) 831-9849

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Bureau de site de la centrale de Point Lepreau  
C. P. 600  
Lepreau (Nouveau-Brunswick)  
E5J 2S6  
Téléphone : (506) 659-2220  
Télécopieur : (506) 659-2418

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Bureau de site de la centrale de Darlington-A  
C. P. 4000  
Bowmanville (Ontario)  
L1C 3Z8  
Téléphone : 1 800 263-8009 (poste 7758) (en Ontario)  
(905) 623-6670 (poste 7758) (autres provinces)  
Télécopieur : (905) 623-5963

Commission canadienne de sûreté nucléaire  
Bureau de site de la centrale de Gentilly-2  
4900, boulevard Bécancour  
Bécancour (Québec)  
G9H 3X3  
Téléphone : (819) 298-4334  
Télécopieur : (819) 298-2867

## ANNEXE B

# DEMANDE DE MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LES DOSES

Le tableau 1 fournit les renseignements à utiliser au moment de remplir la section 6b) de la Demande de modification des renseignements sur les doses.

**Tableau 1 – Source de la dose engagée (interne) et numéro de référence associé**

<b>Radionucléide ou composé contenant un radionucléide</b>	<b>N° de référence</b>
Américium- 241	1
Carbone-14 dioxyde	2
Carbone-14 particules	3
Cérium-144	4
Césium-137	5
Cobalt- 60	6
Iode -131	7
Iode-125	8
Fer-59	9
Strontium- 90	10
Technétium- 99m	11
Oxyde de tritium	12
Tritium à l'état gazeux	13
Poussière de minerai d'uranium	14
Uranium naturel (U-238, U-234, U-235)	15
Zirconium/Niobium 95	16



**PROTÉGÉ B une fois rempli**

**Demande de modification des renseignements sur les doses** (page 1 de 2)

Le formulaire dûment rempli doit être envoyé par la poste au personnel chargé de l'évaluation des permis de la CCSN.

**A - Déclaration du titulaire de permis (remplir tous les champs à l'exception de ceux avec un astérisque (\*); cocher ou fournir tous les renseignements)**

- 1) Nom du service de dosimétrie \_\_\_\_\_ Numéro de groupe ou de compte \_\_\_\_\_
- 2) a) Nom de l'entreprise figurant sur le rapport de dose \_\_\_\_\_  
b) Nom du titulaire de permis figurant sur le permis de la CCSN \_\_\_\_\_
- 3) Nom du travailleur et son numéro d'assurance sociale  
Nom : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_
- 4) Numéro de série du dosimètre figurant sur le rapport original sur les doses, s'il y a lieu  
\_\_\_\_\_
- 5) Période de port du dosimètre ou la période de surveillance figurant sur le rapport original sur les doses, s'il y a lieu  
De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ (format : aa/mm/jj)
- 6) Rapport d'enquête accompagnant la modification de la dose efficace? Oui  Non 
  - a) Modification de la composante externe de la dose efficace<sup>1</sup>, de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ mSv  
(i) Type de rayonnement : photon neutron
  - b) Modification de la dose engagée (interne), de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ mSv  
(i) Numéro de référence du radionucléide<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_
  - c) Modification de l'exposition aux produits de filiation du radon, de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ unités alpha-mois
  - d) Autre modification (préciser : \_\_\_\_\_), de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ mSv
- 7) Rapport d'enquête accompagnant la modification de la dose équivalente? Oui  Non 
  - a) Modification de la dose à la peau, de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ mSv
  - b) Modification de la dose aux mains et aux pieds, de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ mSv
  - c) Modification de la dose au cristallin, de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ mSv

**Responsable de la radioprotection ou son remplaçant**

D<sup>r</sup> M. M<sup>me</sup>

Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales\* : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel\* : \_\_\_\_\_ Télécopieur\* : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Parfois appelée dose au corps entier

<sup>2</sup> Voir tableau 1 - *Source de la dose engagée (interne) et numéro de référence associé* fourni à cette annexe.

**B – Déclaration du travailleur (remplir tous les champs à l'exception de ceux avec un astérisque (\*); cocher ou fournir tous les renseignements)**

D<sup>r</sup>  M.  M<sup>me</sup>

Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales\* : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Numéro de série du dosimètre : \_\_\_\_\_

On m'a informé de la modification demandée à mes renseignements sur les doses. J'accepte cette modification et j'en comprends les conséquences.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel\* : \_\_\_\_\_ Télécopieur\* : \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ À LA CCSN :**

Direction/Année/Numéro de permis : / /

Numéro de la demande :

**Demande étudiée par :**

D<sup>r</sup>  M.  M<sup>me</sup>

Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales\* : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel\* : \_\_\_\_\_ Télécopieur\* : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Approuvée par :**

Directeur

D<sup>r</sup>  M.  M<sup>me</sup>

Prénom : \_\_\_\_\_ Initiales\* : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel\* : \_\_\_\_\_ Télécopieur\* : \_\_\_\_\_