



Commission canadienne  
de sûreté nucléaire

Canadian Nuclear  
Safety Commission

# Formulaire de rapport annuel de conformité

## **Activité autorisée :**

permis global - 1 à 10 chantiers d'utilisation (857)

Septembre 2006

**FORMULAIRE DE RAPPORT ANNUEL DE CONFORMITÉ****Activité autorisée : permis global - 1 à 10 chantiers d'utilisation (857)**

1. Numéro de permis de la CCSN : \_\_\_\_\_
2. Ce rapport couvre la période se terminant le : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)
3. Renseignements sur le titulaire de permis  
 Nom du titulaire de permis : \_\_\_\_\_  
 Adresse du siège social : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_ Code postal/ZIP : \_\_\_\_\_
4. Responsable de la radioprotection/Personne-ressource  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse postale (si différente) : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_ Code postal/ZIP : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_
5. Personne-ressource suppléante (s'il y a lieu)  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_
6. Personne-ressource pour les finances (s'il y a lieu)  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Titre du poste : \_\_\_\_\_  
 Adresse postale \_\_\_\_\_  
 (si elle diffère de celle qui précède) Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_ Code postal/ZIP : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

Si l'espace est insuffisant, veuillez attachez des pages additionnelles suivant le même format.

7. Indiquer la liste de tous les emplacements (adresse complète) où l'activité autorisée s'est déroulée pendant plus de 90 jours consécutifs au cours de la période de ce rapport. S'il y a plusieurs emplacements où l'activité autorisée a eu lieu, veuillez utiliser le même format, pour indiquer ceux qui sont en usage ou en entreposage.  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_

**7.1** Indiquer les emplacements qui sont devenus inactifs et déclassés.

**7.2** Laboratoires : indiquer le nombre de laboratoires désignés aux niveaux « élémentaire », « intermédiaire » et « supérieur » pour chaque adresse.

**8. Inventaire**

Fournir les renseignements suivants pour les :

- Appareils à rayonnement contenant des sources scellées
- Sources scellées qui ne sont pas contenues dans des appareils à rayonnement

| L'appareil |        |                 | Source scellée ou Assemblage de la source scellée |        |                 |                     |                                      |  | Adresse autorisée <sup>b</sup> |
|------------|--------|-----------------|---|--------|-----------------|---------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| Fabricant  | Modèle | Numéro de série | Fabricant   | Modèle | Numéro de série | Substance nucléaire | Activité nominale <sup>a</sup><br>Bq | Date de référence <sup>a</sup><br>(AAAA/MM/JJ) |                                |
|            |        |                 |   |        |                 |                     |                                      |  |                                |
|            |        |                 |   |        |                 |                     |                                      |  |                                |

<sup>a</sup> L'activité de la substance nucléaire dans la source scellée ou l'assemblage de la source scellée lors de la date de référence (date au moment où l'activité a été mesurée ou la source étalonnées).

<sup>b</sup> L'adresse de l'emplacement de la source scellée (qu'elle se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur de l'appareil), au moment de la rédaction du présent rapport. Dans le cas des opérations sur le terrain avec des sources scellées, indiquer l'emplacement du stockage.

**9. Inventaire des sources non scellées**

Pour chaque source non scellée que le titulaire de permis a en sa possession, indiquer la quantité totale de l'inventaire pour une date spécifique. Fournir les renseignements suivants :

| Inventaire des sources non scellées |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| Date : _____ (aaaa/mm/jj)           |                      |
| Substance nucléaire                 | Quantité totale (Bq) |
|                                     |                      |
|                                     |                      |
|                                     |                      |

**10. Programme de radioprotection**

Indiquer les changements apportés au programme de radioprotection, y compris les politiques et procédures, sur une feuille séparée.

**11. Incidents et événement inhabituels**

Énumérer tous les incidents et événements inhabituels qui n'ont pas été signalés antérieurement à la CCSN au cours de la période de rapport.

| Date de l'événement | Type d'événement | Substance nucléaire (s'il y a lieu) | Appareil à rayonnement ou équipement réglementé (s'il y a lieu) |
|---------------------|------------------|-------------------------------------|---|
|                     |                  |                                     |   |
|                     |                  |                                     |   |

**12.** Indiquer la dose efficace annuelle au corps entier reçue par les travailleurs du secteur nucléaire (TSN) et les autres travailleurs pendant l'année se terminant le 31 décembre. Fournir les renseignements suivants :

|   | Nombre de travailleurs dans chaque catégorie de dose efficace (mSv) |             |             |              |        | Fournisseur de services de dosimétrie <sup>1</sup> | Dose individuelle maximale (mSv) |
|---|---|-------------|-------------|--------------|--------|--|----------------------------------|
|   | <0.50   | 0.50 à 1.00 | 1.01 à 5.00 | 5.01 à 20.00 | >20.00 |  |                                  |
| Nombre de TSN                             |   |             |             |              |        |  |                                  |
| Nombre de travailleurs autres que les TSN |   |             |             |              |        |  |                                  |

<sup>1</sup>Indiquer le nom du fournisseur de services de dosimétrie. Si on n'a pas recours à un fournisseur de services de dosimétrie, expliquer brièvement comment les estimations de doses sont dérivées

**13.** Si on doit surveiller l'exposition reçue aux extrémités des travailleurs, fournir un sommaire des doses aux extrémités reçues par les TSN et les autres travailleurs durant la période se terminant le 31 décembre. Fournir les renseignements suivants :

|   | Nombre de travailleurs dans chaque catégorie de dose (mSv) |            |       | Fournisseur de services de dosimétrie | Dose individuelle maximale (mSv) |
|---|--|------------|-------|---------------------------------------|----------------------------------|
|   | < 50   | 50.1 à 100 | > 100 |                                       |                                  |
| Nombre de TSN                             |  |            |       |                                       |                                  |
| Nombre de travailleurs autres que les TSN |  |            |       |                                       |                                  |

**14. Contrôle de la thyroïde en vue de détecter l'iode 125 et l'iode 131**

Si vous devez effectuer des contrôles de la thyroïde pour détecter l'iode 125 ou l'iode 131, le faites-vous dans le cadre du programme de Santé Canada intitulé *Programme de comparaisons interlaboratoires sur la thyroïde*?

|     |                          |     |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

Pour l'année se terminant le 31 décembre, y a-t-il des résultats du contrôle de la thyroïde supérieurs à 1 kBq dans la thyroïde d'un travailleur?

|     |                          |     |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

Dans l'affirmative, fournir des renseignements détaillés.

**15. Déclaration du responsable de la radioprotection/personne ressource :**

Je, \_\_\_\_\_ (veuillez inscrire votre nom), ayant le pouvoir d'agir au nom du titulaire de permis, conformément à l'article 15 du *Règlement général sur la sûreté et la réglementation nucléaires*, certifie que toutes les déclarations et que toutes les représentations faites dans le présent rapport annuel sur la conformité ainsi que dans toutes les pages supplémentaires annexées au rapport sont véridiques et exactes, au meilleur de mes connaissances.

Titre : \_\_\_\_\_

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

Faire sciemment un faux rapport constitue une infraction aux termes de la *Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires*.