

أستمارة الإبلاغ المبكر لحالات الطوارئ الإشعاعية

١- من/المرسل

أسم المبلغ:

الوظيفة:

أسم المؤسسة:

رقم الموبايل:

البريد الإلكتروني:

الى/ الهيئة العراقية للسيطرة على المصادر المشعة

الهاتف: ٧١٨٣٢٢٨

الموبايل: ٠٧٧٠٦٢٤٣٢٧٩

البريد الإلكتروني: irsra2004@yahoo.co.uk

٢- تفاصيل المصدر المشع

نوع الممارسة:

أسم المصدر المشع:

النشاط الإشعاعي:

الرقم التسلسلي:

تاريخ الإنتاج:

فئة المصدر:

المجموعة الأمنية:

الحالة الفيزيائية:

أسم الجهاز المرافق أن وجد:

 C B A مسحوق سائل صلب

٣- تفاصيل الحادث:

 فقدان سرقة انفجار تلوث إشعاعي

نوع الحادث:

 أخرى حريق نقل تعرض إشعاعي

التاريخ والوقت الذي وقع او اكتشف فيه الحادث :

أسم المرفق الذي وقع فيه الحادث:

موقع الحادث:

٤- أسباب الحادث:

الهيئة العراقية للسيطرة على المصادر المشعة

٥- وصف الحادث:

٦- تأثيرات الحادث:

- | | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل توجد أصابات إشعاعية للعاملين؟ |
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل توجد تعرضات إشعاعية مفرطة للعاملين؟ |
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل توجد أصابات حادة (غير إشعاعية) للعاملين؟ |
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل يوجد أشخاص مصابين؟ |
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل توجد وفيات؟ |
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل تعرض أفراد الجمهور لأي خطر؟ |
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل يوجد تلوث في المرفق؟ |
| <input type="checkbox"/> | العدد | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | هل أن سلامة المرفق تحت السيطرة حالياً؟ |
- معلومات أخرى

٧- الإجراءات المتخذة للتصدي للحادث:

هيئة العراقية للسيطرة على المصادر المشعة

٨- تحديد المساعدات المطلوبة:

التوقيع:
الاسم:
التاريخ:

IRSRA