



First: Applicant Information

أولاً: معلومات الجهة طالبة للتخويل

| | | | |
|--|----------------------------|---|--|
| Country البلد | | Entity الجهة | |
| العنوان: قضاء/محلة/زقاق/دار Address:sec/str/house | Governorate المحافظة | Relativity العائدية | |
| App. Type نوع طلب التخويل | البريد الإلكتروني Email | موبايل Mobile | |
| رقم جواز السفر Passport No. | | أسم مدير الجهة في العراق كما في جواز السفر Entity's Manger (as passport) | |
| البريد الإلكتروني Email | موبايل Mobile | الموقع الوظيفي Position | |

Second: Radiation Protection Officer Information

ثانياً: معلومات مسؤول الوقاية من الإشعاع

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|--|--|
| موبايل Mobile | | أسم مسؤول الوقاية من الإشعاع Radiation Protection Officer (as passport) | |
| نافذة لغاية Valid to | شهادة الترخيص License Certificate | البريد الإلكتروني Email | |
| | المؤهلات Qualification | صادرة عن issued by | |
| | | الخبرة Experience | |

Third: Workers on the Radioactive Sources

ثالثاً: المتعاملون المباشرّون مع المصادر المشعة

| # | الاسم | طبيعة العمل | التخصص و الخبرة | المراقبة الإشعاعية الفردية | الدورات التدريبية |
|---|-------|-------------|-----------------|---|--|
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |
| | | | | نعم، يخضع للمراقبة <input type="checkbox"/> | نعم، حاصل على تدريب <input type="checkbox"/> |

Sixth: Waste Management

سادساً: إدارة النفايات المشعة إن وجدت

| # | النظير المشع | الحالة الفيزيائية | معدل الإنتاج | مستوى النشاط الإشعاعي | طريقة التخلص | حدود الإطلاق |
|---|--------------|-------------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Seventh: Procedure of Health Assurance

سابعاً: إجراءات توكيد الجودة

توفير سجلات لتعريف المريض تتضمن
الإسم/ العمر/ جهة الإحالة/ الطبيب المعالج/ موبايل/ الجرعة الإشعاعية التي يحددها الطبيب المعالج

الفيزيائي الطبي المسؤول
عن قسم الطب النووي
المؤهلات والخبرة

التدريب مع المدة والمكان

السيطرة النوعية وتتضمن

البروتوكولات الطبية توضح الإجراءات الطبية بالتفصيل

سياق عمل معايرة الاجهزة مع تحديد الجهة التي تقوم بالمعايرة

مدير

إني الموقع أدناه

حضرت إلى مقر الهيئة العراقية للسيطرة على المصادر المشعة وأتعهد بالآتي:

- إن كافة المعلومات المدرجة في طلب إستمارة طلب التخويل صحيحة ودقيقة ومطابقة للواقع
- إبلاغ الهيئة مباشرة عن أي تغيير في المعلومات
- تدريب وتأهيل العاملين وفق المتطلبات الرقابية التي تصدرها الهيئة
- الإلتزام بكافة قواعد الأمن والأمان الإشعاعية الصادرة عن الهيئة خلال التعامل مع أي شكل من أشكال مصادر النشاط الإشعاعي
- إرجاع المصادر المشعة إلى الجهة المصنعة أو المورد خارج العراق حال إنتفاء الحاجة إليها
- تزويد العاملين في الإشعاع في المؤسسة بمقاييس الجرعة الشخصية
- عدم إعاقة عمل مفتشي الهيئة

وبخلاف ذلك اتحمل كافة التبعات القانونية

إني السيد/ السيدة

التوقيع مع الختم:

مخول شركة

في حسب كتاب التخويل ذي العدد

أسم مدير الشركة:

المعرف بجواز السفر المرقم
أؤيد صحة توقيع مدير الشركة ولأجله وقعت

رقم جواز السفر وإصداره:

العنوان:

التوقيع مع التاريخ:

الموبايل:

التاريخ:

تأييد وختم مدير القسم القانوني في الهيئة

License Code رمز الترخيص

المجموعة الامنية:

A

B

C

D

Exemption

أعفاء

الفئة:

1

2

3

4

5

بعد ملأ البيانات في الإستمارة، يتم طباعة الإستمارة وتقديمها عند مراجعة هيئتنا بالإضافة إلى إرسالها بصورة مباشرة إلى ايميل دائرة التفتيش والاجازات بواسطة الزر ادناه

Submit by Email

For further inquiries:

Inspection and License Directorate's Email:

inspect@irsra.gov.iq

لأي إستفسار:

البريد الألكتروني لدائرة التفتيش والإجازات:

IRSRA's website:

www.irsra.gov.iq

الموقع الألكتروني:

IRSRA's address:

Baghdad, Al-Nidhal Street, Al-Firdous Circle

عنوان الهيئة:

بغداد، شارع النضال، ساحة الفردوس

IRSRA's Post Box:

Al-Jadiriya, 2025

صندوق البريد:

الجادرية، 2025

عاشرأ: الموافقات على منح التحويل (خاصة بالهيئة) (Eighth: agreement for grant the license (filled by IRSRA)

مدير قسم البيانات والمعلومات RAIS

مدير قسم التفتيش والإجازات للتطبيقات الطبية والبحث والتعليمية

مدير دائرة التفتيش والإجازات

موافقة رئيس الهيئة

رمز الترخيص

المتطلبات اللازمة لمنح تخويل حيازة واستخدام مصادر مشعة للممارسات الطبية - التطبيقات العلاجية :

لغرض ترويج طلب منح تخويل حيازة واستخدام مصادر مشعة للممارسات الطبية - التطبيقات العلاجية يتم إرفاق المتطلبات التالية وختم جميع الوثائق المقدمة بضمها الإستمارات بختم حي وبخلاف ذلك يتم إهمال الطلب

أولاً: إجازة ممارسة مهنة من وزارة الصحة العراقية للشركات أو المكاتب العلمية والمؤسسات الطبية التي تتعامل بالمواد الطبية المحتوية على نظائر مشعة ويستثنى من ذلك المؤسسات الحكومية

ثانياً: كتاب صادر من مدير المؤسسة او وكالة خاصة او عامة بتخويل أحد كوادره بمراجعة الهيئة والتوقيع ودفع الرسوم اللازمة وإستكمال إجراءات منح التخويل ويستثنى من ذلك مدير المؤسسة في حال قيامه بمراجعة الهيئة مع إرفاق نسخة مصورة من جواز سفر المخول والهوية الوظيفية علمًا يجب أن يكون المخول من موظفي المؤسسة حصراً

ثالثاً: شهادة المنشأ للمصادر المشعة والأجهزة المرافقة

رابعاً: موافقة المخزن (صادرة عن الهيئة، لذا قبل الشروع بالتقدم بالطلب يتم الحصول على تخويل مخزن مصادر مشعة من الهيئة) وفي حال أن المصدر المشع جزء لا يتجزأ من الجهاز الحاوي له فيرجى توضيح ذلك بكتاب رسمي وإرفاق نسخة من الدليل الفني المتضمن توضيح ذلك

خامساً: ملأ استمارات برنامج الوقاية من الإشعاع للمؤسسة وخطة الطوارئ الإشعاعية الموقعية للمؤسسة لغرض مراجعتها والمصادقة عليها من قبل الهيئة

سادساً: كتاب رسمي من المؤسسة المستخدمة للمصادر المشعة موقع من مدير المؤسسة يطلب فيها تخويل حيازة واستخدام المصادر المشعة وموقع استخدامها ويبين عناوين مواقع استخدام وخزن المصادر المشعة وكذلك في حال تداولها في أكثر من موقع

سابعاً: مخططين الأول لموقع مركز المعالجة وما يحيط به من بنايات والثاني مخطط يتضمن التفاصيل الهندسية والإنشائية لمركز المعالجة، ويجب ان يؤشر على المخطط: أنظمة التشغيل، الأقفال، إشارات الإنذار، وحدات التحكم، أزرار الإيقاف في حالات الطوارئ، وسائل التواصل والتخاطب مع المريض المعالج إضافة إلى كافة الوسائل الهندسية والتصميمية المستخدمة

ثامناً: شهادة الترخيص لمسؤول الوقاية من الإشعاع وفي حال عدم وجودها يتم مراجعة الهيئة للحصول عليها وفق ضوابط الهيئة

تاسعاً: شهادات معايرة الأجهزة المرافقة وأجهزة المراقبة الإشعاعية

عاشراً: موافقة وزارة الصحة للطبيب المسؤول بمزاولة العمل الإشعاعي