


REPORTE DE DOSIMETRIA PERSONAL

Respetado Usuario: Adjunto a la presente enviamos el reporte de dosimetría personal, agradeciendo la confianza depositada en nosotros para la prestación del servicio. Al mismo tiempo le informamos a su institución que **SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE LAS DOSIS IGUALES O SUPERIORES A 1,7 mSv REQUIEREN UNA INVESTIGACION INTERNA DE SU INSTITUCIÓN, Y LAS SUPERIORES A 12,00 mSv DEBEN SER REPORTADAS A LA INSTITUCION REGULADORA POR PARTE DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DEL SERVICIO.** Para una mejor comprensión de su reporte de dosimetría tenga en cuenta los siguientes puntos:

**SAMPLE FACILITY
RADIATION SAFETY OFFICER
18930 SPRINGFIELD AVENUE
FLOSSMOOR IL 60422**

LANDAUER®



RADIATION DOSIMETRY REPORT

ACCOUNT NO.	SERIES CODE	ANALYTICAL WORK ORDER	REPORT DATE	DOSIMETER RECEIVED	REPORT TIME IN WORK DAYS	PAGE NO.
103702	RAD	287400D125	07/17/08	07/13/08	5	1

PARTICIPANT NUMBER	NAME			DOSIMETER	USE	RADIATION QUALITY	DOSE EQUIVALENT (MREM) FOR PERIOD SHOWN BELOW			QUARTERLY ACCUMULATED DOSE EQUIVALENT (MREM)			YEAR TO DATE DOSE EQUIVALENT (MREM)			LIFETIME DOSE EQUIVALENT (MREM)			RECORDS FOR YEAR	ACCEPTANCE DATE (MM/YY)		
	ID NUMBER	BIRTH DATE	SEX				DEEP DOE	EYE LOE	SHALLOW SOE	DEEP DOE	EYE LOE	SHALLOW SOE	DEEP DOE	EYE LOE	SHALLOW SOE	DEEP DOE	EYE LOE	SHALLOW SOE				
FOR MONITORING PERIOD:																						
008CC	CONTROL CONTROL CONTROL			J	CNTRL		M	M	M											6	6/80	
00101	ADDISON JOHN	238235619	08/31/1944	M	J	WHBODY	PH	90	90	90	90	90	90	90	100	100	100	200	200	200	6	6/80
14839	JORGENSEN MIKE	471748095	10/04/1968	M	P	WHBODY	PH	90	90	90	90	90	90	90	100	100	100	200	200	200	6	1/90
18784	THOMAS LEE	384846378	11/22/1984	M	P	COLLAR	P	62	62	57											6	2/88
00201	WALKER JANE	537396640	04/09/1969	F	P	WAIST		40	40	57	N/A	N/A	N/A	2	112	107	1072	3192	3327			1/90
50601	ZERR ROBERT	962446991	07/15/1945	M	P	WHBODY		40	40	57				30	30	30	100	100	150	6	1/90	
					U	UFINGR		CALCULATED		50				200	200	200	240	240	240	6	6/80	

- 1 **Numero de participante:** Cada usuario tendrá un número de participante.
- 2 **Nombre del participante:** Encontrara el nombre, numero de cedula, fecha de nacimiento y sexo del usuario.
- 3 **Código del dosímetro:** P = LUXEL, U = Anillo TLD, J = Neutrak, etc.*
- 4 **Uso del dosímetro:** Localización en el cuerpo*.
- 5 **Tipo de radiación***
- 6 **Periodo de uso:** Utilización del dosímetro. Dividido en profundo, ojo y superficial.
- 7 **Fecha periodo de uso.** Ejemplo: utilizaron el dosímetro entre 15 de junio y 15 de julio, aparecerá 06/15/04-07/14/04
- 8 **Dosis Equivalente Acumulada trimestral:** Dividido en profundo, ojo y superficial: (El año cuenta con 4 trimestres (Q)), En caso de reporte bimensual no será aplicable, en reporte trimestral será igual al periodo de uso
- 9 **Trimestre aplicable:** Por ejemplo: QTR 1 = 1^{er} trimestre.
- 10 **Dosis Equivalente Acumulada anual:** Dosis equivalente acumulada en el año en curso. Dividido en profundo, ojo y superficial.
- 11 **Año aplicable:** El año corriente
- 12 **Dosis Equivalente Acumulado de vida:** Dosis equivalente acumulada durante el tiempo en que está inscrito el usuario con el servicio de dosimetría ofrecido por DIT LTDA. Dividido en profundo, ojo y superficial.
- 13 **Número de reportes del año**
- 14 **Fecha de inicio del servicio**
- 15 **Departamento al que pertenece el grupo de usuarios. (Abreviatura)**

* Al reverso de cada reporte en ingles se encuentra una breve explicación sobre los campos de información que contiene el reporte. Por favor tome un minuto para revisarlo con cuidado. En caso de presentarse alguna duda por favor comuníquese con nosotros.

Cordialmente, **DOSIMETRIX INTERNATIONAL TECHNOLOGIES LTDA.**

CALLE 103 No. 46-01 (Antigua CALLE 102 No. 28 - 57 TEL: 2562550 TELEFAX: 5337354 BOGOTA – COLOMBIA)