



**ИЗВЕСТУВАЊЕ за промени во регистарот за персонален  
дозиметриски мониторинг**

<u>Нарачател/Институција:</u>	<u>Адреса</u>
-------------------------------	---------------

**1. Регистрација на нови корисници на ТЛ дозиметри**

Име и презиме на корисникот	Пол	Матичен број	Професија /работно место*
<u>Потребен дозиметар</u>	Мониторинг период		
	1 недела	1 месец	3 месеци
TLD – цело тело / екстремитети			
Име и презиме на корисникот	Пол	Матичен број	Професија /работно место*
<u>Потребен дозиметар</u>	Мониторинг период		
	1 недела	1 месец	3 месеци
TLD – цело тело / екстремитети			
Име и презиме на корисникот	Пол	Матичен број	Професија /работно место*
<u>Потребен дозиметар</u>	Мониторинг период		
	1 недела	1 месец	3 месеци
TLD – цело тело / екстремитети			

\* Пополнете со ознаките дадени на втората страница

**2. Бришење на постојни корисници на ТЛ дозиметри**

Име и презиме на корисникот	ИД Број на дозиметар	Датум на престанок
1.	1.	
	2.	
2.	1.	
	2.	

Изјавуваме дека ги враќаме сите дозиметри на лицата кои престанале со користење на ПДМ.  
Изјавуваме дека во целост ги прифаќаме Општите правила за персонален дозиметриски мониторинг  
(02 11 РУ 4.4 01). Плаќањето ќе го извршиме согласно важечкиот ценовник на ИЈЗ

Датум: \_\_\_\_\_

Потпис на одговорното лице,  
\_\_\_\_\_



**ИЗВЕСТУВАЊЕ за промени во регистарот за персонален  
дозиметриски мониторинг**

**Ознаки за професија/работно место**

професија/работно место	Ознака	професија/работно место	Ознака
Администрација	AD	Општ работник	MW
Анестезиолог	AN	Останато – нераспределено	NA
Асистент за наука	PA	Помошен персонал	WO
Биохемичар	BT	Портир	PR
Ветеринар	VT	Посетител	AT
Ветеринарен помошник	VA	Постдипломец/ специјализант	PG
Вработен во армија	AO	Предавач	LR
Главна сестра	SF	професор	PF
Дозиметрист	DO	Радиографер(Ро-техничар/технолог)	RR
Електричар	EN	Радиолог (рентгенолог/радиотерапевт/онколог)	RT
Индустриски радиографер	IR	Ракувач	GO
Инженер(електро/машински)	ER	Сестра	NE
Инспектор	IN	Стоматолог	DT
Информатичар	CM	Стоматолошки помошник	DA
Истражувач за наука	PS	Студент по радиографија	SR
Кардиолог	CT	Студент/лице на обука/ученик	ST
Консултант	CS	Терапевт	TT
Лекар	PN	Техничар	TN
Менаџер/супервизор	MS	Физичар	PT
Механичар/монтер	MF	Хемичар	CH
Обезбедување	GA	Хигиеничар	HT
Одговорно лице за заштита од зрачење	RP	Хирург	CN

<b>пополнува ИЈЗ – Лабораторија за јонизирачко зрачење</b> датум ____ / ____ /20__ приемен број _____	проверил
а) Образецот Е / НЕ Е уредно пополнет	
б) одобрил за издавање на дозиметри	
в) лицата се внесени во регистарот и им се подготвени дозиметри	
г) лицата се избришани во регистарот и дозиметрите се вратени	
други забелешки:	