津滨卫疾控〔2021〕122号

区卫生健康委关于印发《滨海新区放射用人

单位放射防护管理专项治理方案》的通知

泰达街、各开发区卫生健康管理部门，区卫生计生综合监督所、区疾病预防控制中心，各放射用人单位：

 为贯彻落实《市卫生健康委关于印发天津市放射用人单位放射防护管理专项治理方案的通知》（津卫职健〔2021〕449号）要求，区卫生健康委制定了《滨海新区放射用人单位放射防护管理专项治理实施方案》。现印发给你们，请遵照执行。

 2021年9月24日

 （此件主动公开）

滨海新区放射用人单位放射防护管理

专项治理实施方案

为进一步规范全区放射用人单位的放射防护管理工作，切实保障放射工作人员、受检者、公众的健康权益，根据《天津市放射用人单位放射防护管理专项治理方案》要求，结合我区实际，制定本实施方案。

一、 工作目标

通过开展放射防护管理专项治理，督促放射用人单位落实放射防护管理主体责任，依法开展职业病危害项目申报，落实放射工作人员、放射工作场所、放射诊疗场所、辐射监测仪器和放射性核素等管理措施，进一步提升全市放射用人单位放射防护管理水平，防范化解放射工作和放射诊疗风险隐患，保护放射工作人员、受检者、公众的身体健康。

二、主要任务

（一） 规范开展职业病危害项目申报。放射用人单位及时、如实、规范申报放射性危害因素，放射用人单位职业病危害项目申报率达到100%以上。（责任单位：泰达街和各开发区卫生健康管理部门，区卫生计生综合监督所，各放射用人单位）

（二） 加强放射用人单位放射防护设施管理工作。定期开展放射用人单位放射工作场所放射防护设施有效性和安全性检查，确保符合GBZ120-2020、GBZ121-2020、GBZ130-2020等标准规范的要求。（责任单位：泰达街和各开发区卫生健康管理部门，区卫生计生综合监督所，各放射用人单位）

（三）加强放射诊疗设备和工作场所放射防护检测工作。规范开展放射诊疗设备验收检测、状态检测、稳定性检测和工作场所放射防护检测，强化放射诊疗机构放射治疗剂量仪、核医学活度计的配备和稳定性检测工作。（责任单位：泰达街和各开发区卫生健康管理部门，区卫生计生综合监督所，各放射用人单位）

（四） 加强放射工作人员职业健康管理工作。放射用人单位应落实放射工作人员个人剂量监测、职业健康检查和防护知识培训。对介入放射学、核医学药物分装与注射人员外照射个人监测及使用131I进行甲状腺肿瘤诊断和治疗的核医学工作人员、其他使用131I放射工作人员内照射个人监测，确保符合GBZ128-2019 和GBZ129-2016的要求。（责任单位：泰达街和各开发区卫生健康管理部门，区卫生计生综合监督所，各放射用人单位）

（五）过量受照人员和医用X射线放射人员随访。本着“应访尽访”的原则开展医学调查。各放射用人单位应提供既往职业性放射性疾病患者、事故受照人员及2020年剂量≥20mSv放射放射工作人员的基本健康情况；针对过量受照人员医学随访中死亡人员，需进行死因调查。对前四次天津市医用X射线放射人员随访全部人员进行第五次随访，查清医用X射线放射工作人员健康状况调查、肿瘤的发病情况和各种原因的死亡情况，对部分放射工作人员进行生物样品采集。具体过量受照人员和医用X射线放射人员随访按照市疾控中心制定方案执行。（责任单位：区疾病预防控制中心，各放射用人单位）

（六） 规范配备和使用个人防护用品。加强规范配备放射防护用品的配备，落实介入放射学操作的工作人员介入防护手套、受检者个人防护用品的配备和使用，确保个人防护用品的配备和使用符合GBZ130-2020、GBZ120-2020等规范标准要求。（责任单位：泰达街和各开发区卫生健康管理部门，区卫生计生综合监督所，各放射用人单位）

三、职责分工

（一）区卫生健康委负责全区放射用人单位放射防护专项治理工作的组织实施，督促各属地卫生健康管理部门、区卫生计生综合监督所和区疾病预防控制中心高质量完成专项治理目标任务。

（二）各属地卫生健康管理部门负责组织本辖区放射用人单位放射防护管理专项治理工作，推动辖区有关部门和放射用人单位按照方案落实各项工作任务要求，组织开展属地放射诊疗机构现场核查和放射用人单位抽查。组织放射用人单位开展专项工作自查整改、职业病危害项目申报、放射防护设施管理、放射诊疗设备和工作场所放射防护检测、人员职业健康管理、规范配备和使用个人防护用品等工作。加强对放射用人单位的监督检查和依法查处力度。

（三）区卫生计生综合监督所负责收集上报放射防护专项治理自查表。会同区疾病预防控制中心开展属地放射诊疗机构现场核查和放射用人单位抽查，严格控制检查执行进度和完成质量，保证检查真实准确，确保检查顺利完成。推动放射用人单位开展专项工作自查整改、职业病危害项目申报，放射防护设施管理、放射诊疗设备和工作场所放射防护检测、人员职业健康管理、规范配备和使用个人防护用品等工作。加强对放射用人单位的监督检查和依法查处力度。

（四）区疾病预防控制中心负责辖区放射诊疗机构过量受照人员和医用X射线放射人员随访调查及其数据收集上报，严格医学随访进度和完成质量，保证医学随访真实准确，确保项目顺利完成。配合区卫生健康监督所开展属地放射用人单位现场核查和抽查。

（五）放射用人单位负责落实专项治理主要任务和各阶段工作要求，做好专项治理工作自查和整改，配合卫生健康部门开展专项治理，按时上报工作报表。做好职业病危害项目申报，放射防护设施管理、放射诊疗设备和工作场所放射防护检测、人员职业健康管理、规范配备和使用个人防护用品等工作。

四、时间安排

（一）安排部署阶段（2021年9月）。各属地卫生健康部门要加强组织，结合各自实际制定专项治理实施方案，细化工作任务，明确时间节点和工作要求，摸清辖区内放射用人单位基本情况，组织辖区内卫生监督人员以及放射用人单位的主要负责人、放射卫生管理人员进行动员培训，明确行动要求和自查内容，确保按时完成目标任务。

（二）自查整改阶段（2021年9-12月）。全区各放射用人单位要按照《滨海新区放射用人单位放射防护专项治理实施方案》以及放射防护管理规定和要求，组织对本单位的放射防护管理工作开展全面自查，发现不符合规定的要及时整改，整改完成后填写《天津市放射诊疗机构放射防护管理工作自查/核查表》（附件1）和《天津市非医疗放射用人单位放射防护管理工作自查/核查表》（附件2），于2021年12月底前上报属地卫生监督部门。

区疾病预防控制中心、各放射用人单位开展过量受照人员和医用X射线放射人员随访。过量受照随访人员填写《过量受照人员登记表》（附件3）。针对2020年过量受照人员医学随访中死亡人员需进行死因调查，并填写《过量受照人员死因调查表》（附件4）。医用X射线放射人员随访人员填写《受照剂量与效应调查登记表》（附件5）和《肿瘤发病或死亡人员登记卡》（附件6），组织开展生物剂量估算，并按照随访工作要求将相关数据报送市疾控中心。

 （三）核查抽查阶段（2022年1-7月）。各属地卫生健康管理部门、区卫生计生综合监督所和区疾病预防控制中心组织对辖区内放射诊疗机构自查情况进行现场核查，发现管理不规范、整改不到位的要责令限期整改。核查结果记录在用人单位填写的《天津市放射诊疗机构放射防护管理工作自查/核查表》（附件1）和《天津市非医疗放射用人单位放射防护管理工作自查/核查表》（附件2）上，并及时进行汇总。各属地卫生健康管理部门核查表报区卫生监督所汇总。

各属地卫生健康管理部门、区卫生计生综合监督所和区疾病预防控制中心对辖区放射用人单位机构自查及核查情况进行抽查，抽查比例不得少于20%。属地卫生健康管理部门将附件1、2、7、8、9于2022年6月底前报送至区卫生计生综合监督所，由区卫生计生综合监督所汇总后分别报送至市卫生健康监督所和区卫生健康委疾控室。

 （三）总结阶段（2022年8月）。各卫生健康管理部门、区卫生计生综合监督所和区疾病预防控制中心认真总结专项治理工作情况，并于2022年8月1日前将专项治理工作总结报送至区卫生健康委疾控室。

区卫生健康委联系人：高振山；联系电话：65305880

区卫生监督所联系人：陈崎村；联系电话：66360340

区疾控中心 联系人：苏卫红；联系电话：25892757

附件：1.放射诊疗机构放射防护管理工作自查/核查表

2.非医疗机构放射用人单位放射防护管理工作自查/ 核查表

3.过量受照人员登记表

4.过量受照人员死因调查表

5.受照剂量与效应调查登记表

6.肿瘤发病或死亡人员登记卡
7.区级查处情况表

8.区级核查情况表

9.区级核查汇总表

附件1

放射诊疗机构放射防护管理工作自查/核查表

机构名称： 机构联系人： 联系电话（手机）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
| 基本 要求 | 放射卫生管理措施 | 是否设置放射卫生管理机构或组织 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否配备质量控制与安全防护专兼职管理人员 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按规定建立健全质量控制与安全防护管理制度并公布 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否建立放射事件应急处置预案，并组织演练 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否制定职业性放射性疾病防治计划和实施方案 | 是□否口 | 是□否口 |

机构地址： 区 乡镇（街道） 路 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
|  |  | 是否建立健全放射卫生管理档案 | 是□否口 | 是□否口 |
| 职业病危害项目申报 | 是否按规定及时、如实申报产生职业病危害的项目 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射工作人员管理 | 放射诊疗机构的主要负责人是否按规定接受放射防护知识培训 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射诊疗机构的放射卫生管理人员是否按规定接受放射防护知识培训 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按规定组织放射工作人员接受放射防护和有关法律法规知识培训 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按规定组织放射工作人员开展职业健康监护 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射工作人员是否规范佩戴个人剂量计，是否规范开展介入放射学、核医学药物分装与注射人员外照射个人监测及开展碘131治疗的核医学工作人员内照射个人监测 | 是□否口 | 是□否口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
|  | 放射诊疗设备与场所的检测 | 是否按照规定对放射诊疗设备进行验收检测，并检测合格 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按照规定对放射诊疗设备进行状态检测，并检测合格 | 是□否口 | 是□否口 |
| 如有放射治疗和核医学，是否按照规定对放射治疗和核医学设备进行稳定性检测，并检测合格 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 是否按照规定对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所和防护设施进 行放射防护检测，并检测合格 | 是□否口 | 是□否口 |
| 介 入 放 射 | 放射诊疗场所 防护 | 放射诊疗机房门外是否设有电离辐射警告标志 | 是□否口 | 是□否口 |
| 机房门上方是否设置有醒目的工作状态指示灯，并正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
| 学 和X 射 线 影 像 诊 断 | 设施 | 机房门口设置红色警示线 | 是□否口 | 是□否口 |
| 候诊区是否设置有放射防护注意事项告知栏 | 是□否口 | 是□否口 |
| 如有车载式X射线诊断设备，是否配备用于临时控制区边界的警告标志牌 和电离辐射警告标志 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 个人防护用品 和设施 | 是否按GBZ 130-2020的要求配备个人防护用品和辅助防护设施，并规范使用 | 是□否口 | 是□否口 |
| 如有介入放射学，是否按GBZ 130-2020的要求为介入工作人员配备介入防护手套，并规范使用 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 放 射 治疗 | 放射诊疗场所 防护设施 | 放射治疗工作场所入口处、治疗室进出口处是否设有电离辐射警告标志 | 是□否口 | 是□否口 |
| 治疗室进出口处是否设有工作状态指示灯，并正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |
| 各种安全联锁包括门机联锁、挤压保护、防护门强制手动开关等是否正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
|  |  | 控制台、治疗室是否按规定设置急停 开关，并正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |
| 视频监控、对讲交流系统是否正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |
| 治疗室强制排风系统是否正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |
| 如有含放射源的放射治疗机，治疗机房是否设置固定式剂量监测报警装置，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 辐射监测仪器 | 是否按规定配备放疗剂量仪、剂量扫描装置和个人剂量报警仪 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按照关规定检验或者校准用于放射防护和质量控制的检测仪表 | 是□否口 | 是□否口 |
| 核医 学 | 放射诊疗场所 防护 | 核医学工作场所入口处、控制区入口处是否设有电离辐射警告标志 | 是□否口 | 是□否口 |
| 核医学工作场所是否按照规定分为控制区和监督区，分别采取相应管理措施， | 是□否口 | 是□否口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
|  | 设施 | 布局和流程是否合理 | 是□否口 | 是□否口 |
| 控制区出入口是否设置门锁权限控制和单向门等安全措施，并正常运行 | 是□否口 | 是□否口 |
| 核医学场所中相应位置是否有明确的患者或受检者导向标识或导向提示 | 是□否口 | 是□否口 |
| 核医学扫描检查室外是否设有工作状态指示灯，并正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |
| 给药后患者或受检者候诊室、扫描检查室是否配备监视设施或观察窗和对讲装置，并正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |
| 如有回旋加速器，回旋加速器机房内、药物制备室是否安装固定式剂量报警仪 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 如有回旋加速器，回旋加速器机房是否设置门机联锁装置，机房内是否设 置紧急停机开关和紧急开门按键，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
|  |  | 如有回旋加速器，回旋加速器机房内是否装备应急对外通讯设施 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 放射 性药 物管 理 | 放射性同位素储存场所是否采取有效的防泄漏等措施，并安装必要的报警装置 | 是□否口 | 是□否口 |
| 贮存的放射性物质是否有包括生产单位、到货日期、核素种类、理化性质、活度和容器表面放射性污染擦拭试验结果等信息登记 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否设置有放射性物质储存、转运等专门容器，容器表面是否设置电离辐射标志 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射性废物管理 | 注射、注射后候诊室、给药室等位置是否设置收集放射性废物的污物桶， 表面是否设置电离辐射警示标志 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射性废物储存场所是否具有通风设施，出入处是否设置电离辐射警告标志 | 是□否口 | 是□否口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
|  |  | 储存场所的废物袋、废物桶是否在显著位置标明废物类型、核素种类、存放日期等说明 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否设放射性废物登记表，记录废物主要特征和处理过程 | 是□否口 | 是□否口 |
| 如有放射性碘化物等挥发性或放射性气体操作，操作场所是否配置通风柜， 是否正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 个人防护用品和设施 | 是否按照GBZ 120-2020的要求为工作人员配备合适的防护用品和去污用 品 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按规定为陪检者配备放射防护用品，并规范使用 | 是□否口 | 是□否口 |
| 辐射监测仪器 | 是否按规定配备活度计、放射性表面污染监测仪 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按照关规定检验或者校准用于放射防护和质量控制的检测仪表 | 是□否口 | 是□否口 |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 |
|  | 自查人： |
| 日期： |
|  | 核查人： |
| 日期： |

填表说明：

1. 放射诊疗单位检查项目根据该机构许可项目确定；
2. 每项检查内容，该机构所有放射诊疗设备管理均符合要求的，则检查结果勾选“是”；
3. 检查时，只要发现存在不符合要求的，则该项检查结果勾选“否”；
4. 放射诊疗单位无车载X射线诊断设备、含放射源的放射治疗机、回旋加速器或挥发性放射性药物等项目的，则对应检查结果勾选“不适用”；
5. 每家放射诊疗单位的自查、核查结果均需填写在同一纸质表格中并逐级报送；
6. 处罚查处的，要同时在监督管理信息平台报送相关内容。
7. 职业病危害项目申报，要查看申报系统审核通过后自动生成的申报回执。

附件2

非医疗机构放射用人单位放射防护管理工作自查/核查表

机构名称： 机构联系人： 联系电话（手机）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
| 基本 要求 | 放射卫生管理措施 | 是否设置放射卫生管理机构或组织 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否配备放射防护专兼职管理人员 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按规定建立健全质量控制与安全防护管理制度并公布 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否建立放射事件应急处置预案，并组织演练 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否建立健全放射卫生管理档案 | 是□否口 | 是□否口 |

机构地址： 区 乡镇（街道） 路 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
| 基本 要求 | 职业病危害项目申报 | 是否按规定及时、如实申报产生职业病危害的项目 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射工作人员管理 | 用人单位负责人是否按规定接受放射防护知识培训 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射卫生管理人员是否按规定接受放射防护知识培训 | 是□否口 | 是□否口 |
| 用人单位是否按规定组织放射工作人员接受放射防护和有关法律法规知识培训 | 是□否口 | 是□否口 |
| 用人单位是否按规定组织放射工作人员开展放射性职业健康体检 | 是□否口 | 是□否口 |
| 用人单位是否按规定组织放射工作人员开展个人剂量监测 | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射工作人员是否规范佩戴个人剂量计 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否建立放射工作人员职业健康监护档案 | 是□否口 | 是□否口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
| 放射性职业病危害因素检测与评价 | 是否按照规定开展放射性职业病危害因素预评价 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按照规定开展放射性职业病危害因素控制效果评价 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按照规定开展放射性职业病危害因素现状评价 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 是否按照规定开展放射性职业病危害因素自主监测 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按照规定开展放射性职业病危害因素委托检测 | 是□否口 | 是□否口 |
| 是否按照规定开展建设项目职业病防护设施“三同时” | 是□否口 | 是□否口 |
| 放射防护措施和设施 | 警示标识 | 是否按照规定在醒目位置设置电离辐射警告标志 | 是□否口 | 是□否口 |
| 连锁装置 | 是否按照规定设置安全联锁装置，并正常工作 | 是□否口 | 是□否口 |
| 分区 | 是否按照规定划分控制区和监督区，并采取相应管理措施 | 是□否口 | 是□否口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 | 区级核查结果 |
| 放射防护措施和设施 | 个人剂量报警 | 是否按照规定配备个人剂量报警仪，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 紧急停机装置 | 是否按照规定设置紧急停机装置，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 视频监控 | 是否按照规定设置视频监控设施，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 辐射防护检测仪表 | 是否按照规定配备辐射防护检测仪表，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 防护用品 | 是否按照规定配备个人防护用品和辅助防护设施 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 职业病危害告知卡 | 是否按照规定在醒目位置设置职业病危害告知卡 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 警告装置 | 是否按照规定设置工作状态指示灯、灯亮时伴有报警声音，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 通风 | 是否按照规定设置通风装置，并正常工作 | 是□否口不适用口 | 是□否口不适用口 |
| 检查项目 | 检查内容 | 机构自查结果 |
|  | 自查人： |
| 日期： |
|  | 核查人： |
| 日期： |

填表说明：

1. 每项检查内容，该用人单位所有放射设备管理均符合要求的，则检查结果勾选“是”；
2. 检查时，只要发现存在不符合要求的，则该项检查结果勾选“否”；
3. 检查时，对应项目国家法律、法规或规范，国家相关标准等均未给出相关规定的，则对应检查结果勾选“不适用”；
4. 每家非医疗机构放射用人单位的自查、核查、抽查和督查结果均需填写在同一纸质表格中并逐级报送；
5. 处罚查处的，要同时在监督管理信息平台报送相关内容。
6. 职业病危害项目申报，要查看申报系统审核通过后自动生成的申报回执。

附件3

过量受照人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 联系电话 | 年龄 | 性别 | 受照时年龄 | 工作单位 | 家庭住址 | 职业类别 | 具体职业类别 | 受照剂量 | 生存状态 | 受照类别 | 受照原因 | 事故受照原因 | 体检信息 |
| 部位 | 剂量（mSv） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件4

过量受照人员死因调查表

 编号

1. 死者的一般情况

地址： \_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区（县）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

或\_\_\_\_\_\_\_镇\_\_\_\_\_\_\_\_管区\_\_\_\_\_\_\_\_村\_\_\_\_\_号

* 1. 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. 性别： ①男 ②女
	3. 出生年月日： \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
	4. 死亡年月日： \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 死亡年龄：□□□
	5. 出生地：\_\_\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_县（市）\_\_\_\_\_\_\_\_镇\_\_\_\_\_\_\_管区\_\_\_\_\_\_村
	6. 去世前的婚姻状况：①未婚 ②已婚 ③离婚 ④丧偶 ⑤不详
	7. 文化程度：①文盲 ②小学 ③中学 ④中专 ⑤专科本科 ⑥不详
	8. 从事过的主要职业：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. 家属或主要知情人
	1. 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. 与死者的关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 死者吸烟及饮酒喝茶的情况
	1. 他最后生病前吸烟吗？ ①否 ② 是（接3））
	2. 他是戒烟了吗？ ①没有② 是，从\_\_\_\_岁开始戒烟
	3. 他从多大开始抽烟？ \_\_\_\_\_\_\_\_\_岁
	4. 他生前喝酒吗？
		* + 1. 从不喝（跳至四） ②偶尔或逢年过节喝（跳至四） ③每周喝1次以上 ④每天喝或基本每天喝
	5. 他喝什么酒？①白酒 ②啤酒 ③葡萄酒 ④黄酒 ⑤其他，注明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 他生前家中的经济收入情况
	1. 家中有几口人？\_\_\_\_\_\_\_\_人
	2. 家庭收入①全家一个月的收入（包括工资、奖金、年终奖等）是\_\_\_\_\_元②（对农村居民）全家全年的现金收入是\_\_\_\_\_\_\_元
4. 死因初步调查

不要填“老死”，“病死”等，如不能确定疾病病名，请填写症状或体征。

* 1. 死者属于： ①因病死亡 ②意外死亡（包括自杀、他杀、交通事故等）
	2. 如果死者死于疾病，请您描述导致死亡的疾病，如果不能确定具体的疾病病名，请详细记载死者的症状、体征

|  |
| --- |
| 疾病： |
| 症状与体征： |
|  |
| 服用的药物或治疗方法： |
| 开始发病到死亡的时间间隔： |

* 1. 既往病史，包括死者患上述疾病以前的病史，请列出疾病及其症状与患病的时间

|  |
| --- |
| 疾病： |
| 病程： |

* 1. 如果死亡原因是意外死亡，请记载意外死亡的原因与过程发生地点，如为自杀，请记载导致其自杀的原因

|  |
| --- |
| 意外死亡的原因： |
| 过程： |
|  |

* 1. 如不能回答上述2）－4）的问题，您认为他的死亡原因是什么？

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. 与死亡有关的疾病的诊治情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 有无 | 医院 | 日期 | 有无住院 | 诊断的疾病 |
| 去社区医院（镇卫生院）诊治 |  |  |  |  |  |
| 去区（县）级城医院诊治 |  |  |  |  |  |
| 第1次 |  |  |  |  |  |
| 第2次 |  |  |  |  |  |
| 第3次 |  |  |  |  |  |
| 去省（市）级医院诊治 |  |  |  |  |  |
| 第1次 |  |  |  |  |  |
| 第2次 |  |  |  |  |  |
| 第3次 |  |  |  |  |  |

1. 家族疾病史：
	1. 家庭的其他成员有无相似相同的疾病： ①无 ②有
	2. 如有
		1. 所患疾病的名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. 现在还存活吗？： □存活 □已故
		3. 是死者的什么人： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 死亡地点： ①家中 ②医院 ③其他（注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 调查者：
	1. 姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. 联系电话：□□□－□□□□□□□□
	3. 单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	4. 日期：\_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

以下在医疗机构取证过程中填写

1. 取证过程
	1. 如果死者曾经住院治疗
		1. 医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. 住院病历号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		3. 出院诊断：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		4. 入院诊断：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. 如果死者只看过门诊
		1. 做过何种检查？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. 门诊检查登记本摘抄：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 编号 | 检查结果 | 备注 |
| \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |  |  |  |
| \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |  |  |  |

* 1. 未能取得证据的原因：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. 取证者：
		1. 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. 日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
1. 死因调查总结
	1. 根本死因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ICD-10：□□□□□□□
	2. 诊断单位（如曾在多家医院就诊，以最高级别的医院为准）：
		1. 名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. 级别： 1市级医院 2县区级医院 3镇卫生院 4村医生 5未就诊
	3. 疾病诊断具体手段或方法：
		1. ①尸检 ②病理 ③手术 ④骨髓片、细胞学 ⑤生化、免疫
2. X线 ⑦CT ⑧超生波 ⑨内窥镜 临床 死后推断
	1. 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

附件5

天津市医用X射线工作者受照剂量与效应调查登记表

**医院名称： 所在： 市（区） 第 页**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员编号 | 姓 名 | 性别 | 出生年份(年) | 身份证号码(必填项) | 开始放射工作时间(年) | 是否患肿瘤 | 是否死亡 | 1985年后放射工作内容变化情况 | 疾病史 | 备 注(若在岗，填写当前工作单位地址及工种) |
| 从事CT检查时间段(年-年) | 从事介入操作时间段(年-年) | 从事骨科复位或摄取异物时间段(年-年) | 完全脱离放射岗位时间(年) | 1=白内障 2=糖尿病 3=再生障碍性贫血 4=高血压 5=冠心病 6=脑卒中 7=消化性溃疡 8=神经衰弱 9=老年痴呆 10=白细胞异常(长期) 11=其他，需注明 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：(1)本调查表分做两类使用，在表右上角方框内标注“放”字，则供放射组专用。标注“对”字，则供非放射科的对照组专用。

(2)本次调查中新发的肿瘤或死亡人员需填写肿瘤或死亡登记卡（注意肿瘤包含白血病）。

(3)“备注”：备注栏中可填内容包括:①失访及其原因；②被调查者迁居外区县及迁居时间；③原《队列调研名单》中信息与本次调研不符的信息；④其他调查过程中调查员觉得需要备注的情况。⑤队列成员若放射工作内容变化情况不详细，填入该医院相关工作开展时间，并在备注中注明“医院信息”；⑥若被调查员仍在岗，则填写现在工作单位地址及工种；⑦如有被访者手机号，可填入被访者手机号。

调查员： ；调查员联系方式： ；被调查人：调查时间: 年 月 日

附件6

天津市医用X射线工作者肿瘤发病或死亡人员登记卡

人员编号： 姓名： 被调查人： 手机号：

|  |  |
| --- | --- |
| **A.肿瘤发病登记栏**1. 肿瘤名称（在相应内容上划√，如选择“其他”，请填写具体肿瘤名称）

□肺癌□乳腺癌 □胃癌 □结直肠癌 □肝癌 □食管癌 □甲状腺癌 □膀胱癌□骨和关节恶性肿瘤 □前列腺癌 □淋巴瘤□白血病（**分型**：□急性淋巴细胞白血病 □急性粒细胞白血病□慢性淋巴细胞白血病 □慢性粒细胞白血病 □其他） □其他2.肿瘤所在部位：3.首次确诊时间：年 月4.诊断依据：A=病理、细胞学、骨髓片 B=影像学检查、腔镜、生化检查或手术(未取病理)C=临床症状及体征 D=死后推断5.确诊医院名称: | **B.死亡登记栏**1. 死亡日期：年 月2. 死亡时年龄：岁3. 死亡原因：（如为括号内死因，在相应内容上划√）A=传染性疾病和寄生虫 B=恶性肿瘤（包含白血病）C=血液和造血系统疾病（□再生障碍性贫血 □其他）D=免疫系统疾病 E=呼吸系统疾病F=内分泌、营养性和代谢疾病（□糖尿病 □其他）G=神经系统疾病（□脑卒中 □帕金森 □老年痴呆 □其他）H=心血管疾病 （□高血压 □心肌梗死 □冠心病 □其他） I=消化系统疾病（□消化性溃疡 □其他） J=意外死亡、自杀 K=正常死亡L=其他（具体填写）4.死者生前上述疾病的最高诊断依据：A=死后推断 B=病理、细胞学、骨髓片C=影像学检查、腔镜或手术（未取病理） D=临床症状及体征+理化检查 E=临床症状及体征 F=不详 |

注：（1）本调查表分做两类使用，在表右上角方框内标注“放”字，则供放射组专用。标注“对”字，则供非放射科的对照组专用。

（2）如果患者死亡原因为“B恶性肿瘤”，则需同时填写“肿瘤发病登记栏”。

（3）“肿瘤发病登记栏”中“肿瘤名称”、“首次确诊时间”和“肿瘤诊断依据”为必填项，如果患白血病，必须填“分型”；“死亡登记栏”中“死亡日期”、“死亡时年龄”和“死亡原因”为必填项。

调查员： ； 调查时间： 年 月 日

附件7

区级查处情况表

报送单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 查处事由 | 处罚措施 | 处罚金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：

附件8

区级核查结果不符合要求的用人单位情况表

报送单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 不符合情况 | 处置措施 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填表人： 联系电话：

附件9

区级核查汇总表

报送单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **现有放射用人单位****（家）** | **已核查（家）** | **已进行职业病危害 项目申报（家）** | **现有放射工作****人员（人）**  | **已开展个人剂量监测数（人）** | **已开展职业健康检查（家）** | **查处用人单位（家）** | **处罚****措施** | **处罚金额（元）** | **区级核查结果不符合要求的用人单位（家）** |
| **医疗** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **非医疗** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |