

放射卫生技术服务信息报送卡

20__年

表号：卫健统 53 表
制定机关：国家卫生健康委
批准机关：国家统计局
批准文号：国统制[2025] 53 号
有效期至：2028 年 2 月

报告卡编码

一、机构信息			
机构名称		法定代表人（或主要负责人）	
注册地址		机构资质证书编号	
项目负责人		联系电话	
资质业务范围	<input type="checkbox"/> 放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价（甲级 <input type="checkbox"/> 、乙级 <input type="checkbox"/> ）， <input type="checkbox"/> 放射卫生防护检测， <input type="checkbox"/> 个人剂量监测， <input type="checkbox"/> 放射防护器材和含放射性产品检测。		
二、参与人员信息			
序号	姓名	承担的服务事项	
		<input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
		<input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
三、服务的用人单位信息			
单位名称		统一社会信用代码	
注册地址	____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）____乡（镇、街道）____号		
技术服务地址与注册地址不一致的，请填写详细服务地址	1.____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 2.____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 3.____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）。		
联系人		联系电话	
服务单位类型	<input type="checkbox"/> 医疗机构（ <input type="checkbox"/> 综合性医院、 <input type="checkbox"/> 专科医院、 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构）， <input type="checkbox"/> 企业， <input type="checkbox"/> 其他单位。		
四、技术服务信息			
技术服务报告编号		出具技术服务报告时间	
技术服务领域	<input type="checkbox"/> 放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价， <input type="checkbox"/> 放射卫生防护检测（放射诊疗类型： <input type="checkbox"/> 放射治疗、 <input type="checkbox"/> 核医学、 <input type="checkbox"/> 介入放射学、 <input type="checkbox"/> X射线影像诊断）， <input type="checkbox"/> 个人剂量监测， <input type="checkbox"/> 放射防护器材和含放射性产品检测。		
现场采样时间		现场检测时间	
技术服务结果	<input type="checkbox"/> 放射卫生防护检测	<input type="checkbox"/> 开展放射诊疗工作场所放射防护检测，共检测点位____个，其中，超标点位____个，超标点位放射性危害类型： <input type="checkbox"/> Xγ射线、 <input type="checkbox"/> αβ表面污染、 <input type="checkbox"/> 中子、 <input type="checkbox"/> 电子射线、 <input type="checkbox"/> 质子、 <input type="checkbox"/> 重离子、 <input type="checkbox"/> 放射性气溶胶、 <input type="checkbox"/> 其他放射性因素。 <input type="checkbox"/> 开展放射诊疗设备质量控制检测（ <input type="checkbox"/> 验收检测、 <input type="checkbox"/> 状态检测），共检测设备台（套），其中，检测结果有一项以上指标不合格的设备____台（套）。	
	<input type="checkbox"/> 放射诊疗建设项目评价	<input type="checkbox"/> 预评价（剂量估算超标点位____个，超标点位放射性危害类型： <input type="checkbox"/> Xγ射线、 <input type="checkbox"/> αβ表面污染、 <input type="checkbox"/> 中子、 <input type="checkbox"/> 电子射线、 <input type="checkbox"/> 质子、 <input type="checkbox"/> 重离子、 <input type="checkbox"/> 放射性气溶胶、 <input type="checkbox"/> 其他放射性危害因素）。 <input type="checkbox"/> 控制效果评价（现场共检测点位____个，其中，超标点位____个，超标点位放射性危害类型： <input type="checkbox"/> Xγ射线、 <input type="checkbox"/> αβ表面污染、 <input type="checkbox"/> 中子、 <input type="checkbox"/> 电子射线、 <input type="checkbox"/> 质子、 <input type="checkbox"/> 重离子、 <input type="checkbox"/> 放射性气溶胶、 <input type="checkbox"/> 其他放射性危害因素）。	
	<input type="checkbox"/> 个人剂量监测	个人剂量监测人数____人，其中，5~20mSv____人，超过 20mSv____人。	
	<input type="checkbox"/> 放射防护器材和含放射性产品检测	<input type="checkbox"/> 开展放射防护器材检测，共检测样品数量____个，其中，超标样品数量____个，超标样品名称____。 <input type="checkbox"/> 开展含放射性产品检测，共检测样品数量____个，其中，超标样品数量____个，超标样品名称____。	

填表单位（签章）：_____ 单位负责人：_____ 填表人：_____

填表人联系电话：_____ 填表日期：____年__月__日

填报说明：1. 由依法承担放射卫生技术服务的机构通过国家卫生健康委建立的信息系统填报该卡。
2. 机构应在出具放射卫生技术服务报告后 15 日内填报该卡信息。
3. 该卡需导出打印并加盖单位公章，与技术服务报告首页、签发页一并扫描后上传至信息系统。
4. 超标的主要判定依据：《电离辐射防护与辐射源安全基本标准》（GB 18871）和《核医学放射防护要求》（GBZ 120）、《放射治疗放射防护要求》（GBZ 121）、《放射诊断放射防护要求》（GBZ 130）等国家职业卫生标准以及《医用 X 射线诊断设备质量控制检测规范》（WS 76）、《正电子发射断层成像（PET）设备质量控制检测标准》等卫生行业标准。