



**SOLICITARE ACCES INSTALATIE SPECIALĂ DE INTERES NAȚIONAL
CICLOTRON TR-19
PENTRU ACTIVITĂȚI DE CERCETARE**

Se completeaza de catre solicitant

Solicitant

(Nume, Prenume, Entitate Organizatorica):

Data:

Semnatura:

Detalii tehnice privind solicitarea: (tip de iradiere, data solicitata, activitatea, forma chimica, energie/curent, timp de iradiere, EOB, procesare radiochimica, alte cerinte)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Se completeaza in CCR-DFNA, IFIN-HH

Mențiuni speciale facute de RPR, Șef Ciclotron, Șef CCR:

.....
.....
.....
.....
.....

Perioada aprobata pentru efectuarea experimentelor (data):

.....

Aprobat

Șef CCR/Șef Cicloton TR-19

(Nume, Prenume, Semnatura, Data:)



**SOLICITARE ACCES INSTALATIE SPECIALĂ DE INTERES NAȚIONAL
CICLOTRON TR-19
PENTRU ACTIVITĂȚI DE CERCETARE**

A	<i>Date furnizate de catre Operatorul Ciclotron (se completeaza inaintea inceperii experimentului)</i>	
<i>Perioada programata pentru iradiere: (dd:mm:yyyy) (in perioada aprobata): hh:mm – hh:mm (SOB-EOB)</i>		
<i>Operator (Nume, Prenume)</i>		
<i>Se solicita raport de iradiere ? (DA sau NU) (Se va întocmi un raport scris cu condițiile de iradiere)</i>		
<i>Alte cerinte/mentiuni: (Radionuclid, țintă, cameră de reacție, cale de iradiere, energie, intensitate, timp, activitate estimată, etc)</i>		
<i>Avizat RPR-AP (Nume, Prenume, Semnatura)</i>		
B	<i>Date furnizate de catre Operatorul Radiochimie (se completeaza inaintea experimentului, numai dacă se solicită procesare radiochimică)</i>	
<i>Perioada programata pentru procesare radiochimica (in perioada aprobata): hh:m –hh:mm (Transfer-EOP)</i>		
<i>Operator celule fierbinti (Nume, Prenume) Operator dozare (Nume, Prenume)</i>		
<i>Operatii (dilutie/sinteza/dozare/marcare/purificare/prelevare)</i>		
<i>Celule fierbinti utilizate</i>		
<i>Calea de transfer catre celulele fierbinti nr.</i>		
<i>Ora solicitata pentru transfer de la ciclotron (hh:mm)</i>		
<i>Activitate (Estimare, EOP)/ RAC (Estimare, EOP)</i>		
<i>Se solicita raport de sinteza? (DA sau NU)</i>		
<i>Se solicita raport de dozare? (DA sau NU)</i>		
<i>Alte cerinte/mentiuni</i>		
<i>Avizat RPR-SD (Nume, Prenume, Semnatura)</i>		

Se pastreaza in original la Seful CCR si cate 1 copie la camera de comanda respectiv la Colectivul de Cercetare Radiofarmaceutica