

AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984
PERATURAN-PERATURAN PERLINDUNGAN SINARAN (PERLESENAN) 1986
**BORANG PERMOHONAN UNTUK MENDAPATKAN, MEMINDA
ATAU MEMBAHARUI LESEN**
(Peraturan 13 dan 14)

BORANG LPTA/BP/3	RADAS PENYINARAN
<p>Borang permohonan ini hendaklah dipenuhi dalam dua salinan dan dikemukakan bersama-sama dengan fee permohonan sebanyak RM15.00 kepada:</p> <p style="padding-left: 40px;">Setiausaha Eksekutif, Lembaga Perlesenan Tenaga Atom, Kementerian Sains, Teknologi dan Inovasi Batu 24, Jalan Dengkil 43800 Dengkil, Selangor</p> <p>atau (untuk meminda atau membaharui lesen bagi maksud perubatan):</p> <p style="padding-left: 40px;">Bahagian Kawalselia Radiasi Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia Aras 4, Blok E3, Kompleks E, Presint 1 Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan 62590 WP Putrajaya</p>	
<p><i>Catatan:</i> Gunakan lampiran tambahan jika perlu</p>	
<p>UNTUK KEGUNAAN RASMI SAHAJA</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p>Tatacara pengisian bagi perkhidmatan Radiologi merangkumi GP, Hospital Radiologi, Pergigian dan Veterinar.</p></div>	

BORANG LPTA/BP/3 (Sambungan)

1a. PERMOHONAN UNTUK
(tandakan yang berkenaan) Lesen Baru Tick jika lesen baharu Meminda
Nombor Lesen _____ Membaharui
Nombor Lesen _____Tick jika membaharui
lesen

Ketetapan lesen 3 tahun

1b. TEMPOH DIPOHON
(minimum 1 tahun, maksimum 3 tahun)2. TUJUAN AKTIVITI
(tandakan yang berkenaan) mengilang memindahkan memperdagangkan mengendalikan mengeluarkan menjual memproses menstor membeli menggunakan mempunyai lain-lain
(nyatakan)Tick ini – Lesen baharu
• Membeli
• Mempunyai
• MenstorTick ini – Lesen Pindaan
• Membeli atau
• Menstor atau
• Menggunakan
atau
• Menjual atau
• memindahkanTick ini – Lesen Membaharui
• Menstor atau
• Menggunakan
atau
• Menjual atau
Lain-lain sila
nyatakanTick & lengkapkan info
jika lesen pindaan sedia
ada

3a. NAMA PEMOHON

Isikan Nama pemohon (Pemohon digalakkan adalah Orang Yang Bertanggungjawab seperti perkara (4))

3b. ALAMAT SURAT-MENYURAT PEMOHON

Isikan Alamat surat-menyurat pemohon. Alamat ini boleh berbeza dengan alamat pada perkara (5)

4. BUTIR-BUTIR ORANG YANG BERTANGGUNGJAWAB BAGI PERMOHONAN INI

(a) Nama (huruf besar)

Isikan Nama Orang Yang Bertanggungjawab (OYB). OYB adalah Pemegang Lesen bagi Lesen Radas Penyinaran di bawah Akta 304 bagi tujuan perubatan. Nama mestilah sama ada daripada Pengamal Perubatan berdaftar, Pengamal Pergigian berdaftar, Pengamal Veterinar berdaftar, Pakar Perubatan

(b) Nombor Kad Pengenalan/Pasport

Isikan Nombor Kad Pengenalan (xxxxx-xx-xxxx) OYB atau Pasport OYB (Jika berkenaan)

(c) Jawatan

Isikan Jawatan semasa OYB

(d) Nombor Telefon

Isikan nombor telefon yang aktif dan mudah dihubungi

(e) Email

Isikan alamat emel yang sah (personel atau syarikat)

BORANG LPTA/BP/3 (Sambungan)

5. ALAMAT TEMPAT RADAS PENYINARAN AKAN DIGUNAKAN ATAU DISTOR ATAU DIPROSES			
Isikan alamat di mana radas penyinaran akan atau telah dipasang. Alamat ini perlu sama dengan tempat amalan semasa OYB dan diperakukan oleh CKAPS			
6. BUTIR-BUTIR ORANG YANG AKAN MENYELIA PENGGUNAKAN RADAS PENYINARAN			
Nama A	Jawatan B	Tarikh Lahir C	Nombor Kad Pengenalan/Pasport D
Isikan maklumat Penyelia yang dilantik. Penyelia adalah Pegawai Perubatan/ Pegawai Pergigian/ Pegawai Veterinar. Penyelia bagi GPs dan Pergigian adalah daripada OYB yang telah diluluskan oleh pihak CKAPS di bawah Akta 586. Lantikan Penyelia bukan daripada pihak yang diluluskan oleh CKAPS adalah tidak dipertimbangkan.			
7. NAMA PEGAWAI PERLINDUNGAN SINARAN			
Isikan nama Pegawai Perubatan/ Pegawai Pergigian/ Pegawai Veterinar sebagai Pegawai Perlindungan Sinaran. OYB dan Penyelia boleh menjadi Pegawai Perlindungan Sinaran			
8. BUTIR-BUTIR PENGENDALI ATAU ORANG YANG MENGGUNAKAN RADAS PENYINARAN (JIKA BERKENAAN)			
Nama A	Tarikh Lahir B	Nombor Kad Pengenalan/Pasport C	
i. Permohonan lesen baharu – kosongkan ruang ini. ii. Permohonan memperbaharui lesen dan pindaan lesen – isikan maklumat Juru X-ray bagi perkhidmatan Radiologi/Pergigian/Veterinar atau Pegawai Pergigian bagi perkhidmatan Pergigian atau Pegawai Veterinar bagi perkhidmatan Veterinar			

BORANG LPTA/BP/3 (Sambungan)

9. PERIHAL DAN TUJUAN PENGGUNAAN RADAS PENYINARAN YANG AKAN DILESEN							
Jenis dan Model	Maksimum Kilovolt Puncak	Maximum Miliampere	Paras Kuasa Maksimum Kilowatt	Nombor Siri Panel Kawalan	Nombor Siri Kepala Tiub	Pembekal	Tujuan Penggunaan (gunakan kod yang relevan yang diberikan)
A	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> i. Permohonan lesen baharu – sila isikan jenis, Model, kV, mA dan kW seperti lesen pembekal serta nama pembekal radas penyinaran yang akan dipasang. Sila isikan kod tujuan penggunaan (cth : Radiologi untuk Diagnosis Perubatan, isikan (2)) ii. Permohonan memperbaharui dan pindaan – Sila isikan semua maklumat radas penyinaran yang dilesenkan termasuk Nombor Siri Panel Kawalan dan Nombor Siri Kepala Tiub. </div>						H
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Pada ruangan 'H' Isi 1. Perigian Isi 2. Diagnosis Perubatan Isi 3. Terapi Perubatan Isi 5. Veterinar Bagi klinik kiropraktik – Pemegang Lesen adalah daripada Pengamal Perubatan Berdaftar. Kiropraktik tidak dibenarkan menjadi Pemegang Lesen </div>							
KOD UNTUK KOLUM H							
1. Perigian 2. Diagnosis perubatan 3. Terapi perubatan 4. Kiropraktik 5. Veterinar 6. Radiografi industri 7. Analisa sinar-X 8. Tolok Sinar-X 9. Penyelidikan dengan subjek manusia 10. Penyelidikan 11. Lain-lain (nyatakan)							
10. MAKLUMAT							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Isikan maklumat tambahan berkenaan radas seperti akan dibeli dari premis lain (nyatakan nama klinik) untuk tujuan pindaan lesen atau jenis <i>image processor</i> sama ada CR/DR bagi permohonan lesen baharu. Sila kosongkan sekiranya tidak berkaitan. </div>							

BORANG LPTA/BP/3 (Sambungan)

11. ALAT MENGUKUR ATAU MENGESAN SINARAN YANG DIMILIKI SEKARANG (JIKA ADA)					
Jenis Alat	Pembekal	Nombor Model	Bilangan yang Ada	Sinaran yang boleh Dikesan	Julat
A	B	C	D	E	F
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Isikan maklumat peralatan pengesanan sinar-X yang ada dan digunakan. Sila kosongkan sekiranya tiada peralatan pengesanan sinar-X. </div>					
12. PENENTUKURAN ALAT YANG DISENARAIKAN DALAM BUTIRAN 11 (tandakan yang berkenaan)					
<input type="checkbox"/> Oleh Pemohon <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan nama dan alamat agensi penentukuran)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> Sekiranya premis mempunyai peralatan pengesanan, tick kaedah penentukuran. Sila lampirkan sijil dan laporan kalibrasi peralatan pengesanan yang masih sah. Sila kosongkan bahagian ini sekiranya premis tiada peralatan pengesanan. </div>					
Sertakan ringkasan yang menerangkan kaedah dan kekerapan penentukuran, tarikh penentukuran terakhir dan standard yang digunakan untuk penentukuran alat.					

BORANG LPTA/BP/3 (Sambungan)

13. PENGAWASAN KAKITANGAN			
Jenis (tanda yang berkenaan) A	Pembekal B	Agensi yang menilai C	Kekerapan Penilaian D
<input type="checkbox"/> Lencana Filem <input type="checkbox"/> Meter Dos Termoluminesens (TLD) <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Bagi perkhidmatan radiologi dan veterinar, tick jenis pengawasan kakitangan yang disediakan dan isikan maklumat berkenaan alatan. Sila kosongkan ruang ini bagi perkhidmatan pergigian. </div>		
14. PERIHAL KEMUDAHAN DAN KELENGKAPAN YANG AKAN DIPASANG Pelan susunatur terperinci yang dikemukakan hendaklah mengandungi sekurang-kurangnya maklumat berikut: <ol style="list-style-type: none"> (a) bilik: kedudukan dan dimensa; (b) dinding, siling dan lantai; bahan yang digunakan dan ketebalan; (c) tingkap, pintu dan bukaan-bukaan lain; kedudukan, saiz dan bahan yang digunakan; (d) kelengkapan, spesifikasi radas penyinaran, kedudukannya di dalam bilik dan kedudukan konsol pengendalian; dan (e) persekitaran: penggunaan ruang-ruang yang berdekatan dengan bilik termasuklah di sebelah atas dan bawah. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Bagi permohonan lesen baharu atau pindaan (tambah radas), lampirkan pelan susunatur terperinci dan mengandungi perkara (a) hingga (e) bersama borang ini </div>			
15. PROGRAM PERLINDUNGAN SINARAN Terangkan program perlindungan sinaran yang akan diterima-pakai. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Bagi permohonan lesen baharu, isikan secara ringkas Program Perlindungan Sinaran yang akan disediakan (Rujuk Garis Panduan Penyediaan Manual Program Perlindungan Sinaran (PPS) Bagi Fasilitas Perubatan) </div>			

BORANG LPTA/BP/3 (Sambungan)

<p>16. KELULUSAN DAN PENGALAMAN PENYELIA, PEGAWAI PERLINDUNGAN SINARAN DAN PENGENDALI</p> <p>(a) Nyatakan kelulusan Penyelia, Pegawai Perlindungan Sinaran dan Pengendali. Senaraikan kursus yang relevan yang telah dihadiri dan sertakan salinan sah sijil yang diperolehi.</p>				
Nama A	Jawatan B	Kelulusan/Kursus yang Dihadiri C		
<p>Isikan kelulusan akademik Pegawai Perubatan/ Pegawai Pergigian/ Pegawai Veterinar/ Juru X-ray yang dilantik sebagai Penyelia, Pegawai Perlindungan Sinaran dan Pengendali. Bagi perkhimatan pergigian, isikan kehadiran kursus khas untuk mengendalikan OPG/CBCT dan sertakan sijil kursus tersebut, sekiranya berkaitan.</p>				
<p>(b) Nyatakan pengalaman Penyelia, Pegawai Perlindungan Sinaran dan Pengendali dan sertakan, jika ada, ringkasan yang berkenaan.</p>				
Nama A	Jawatan B	Organisasi C	Tempoh D	Tahun E
<p>Isikan pengalaman Pegawai Perubatan/ Pegawai Pergigian/ Pegawai Veterinar/ Juru X-ray yang dilantik sebagai Penyelia, Pegawai Perlindungan Sinaran dan Pengendali</p>				

BORANG LPTA/BP/3 (Sambungan)

17. PERAKUAN

Isikan nama penuh (seperti dalam kad pengenalan) peraku.

Saya _____,
(nama penuh)

Isikan nombor kad pengenalan peraku.

Nombor kad Pengenalan/Pasport _____

dengan ini mengaku:

Sekiranya nama pemohon (perkara 3(a)) adalah berbeza dengan OYB (perkara (4)), isikan perakuan ini dibuat bagi pihak (nama OYB)

(a) bahawa permohonan ini dibuat bagi pihak saya sendiri/bagi pihak _____

(b) bahawa segala butir yang diberikan dalam borang ini, termasuk segala lampiran yang disertakan bersama-sama adalah benar dan betul.

Tandatangan

Nama (huruf besar)

Jawatan

Cop rasmi

Tarikh

Copkan dengan cap rasmi yang mengandungi nama premis, alamat, nombor telefon dan emel (sekiranya ada). Borang ini tidak lengkap jika tiada tandatangan dan cap rasmi pemohon