

- Nouveau
 Modification
 Renouvellement
 Transfert



Demande de permis pour appareils émetteurs laser

(An English version is available)

Veillez retourner à:

Spécialiste de la sécurité laser
 Bureau de la dirigeante principale
 de la gestion des risques
 laser.safety@uottawa.ca



Chercheur principal (CP):

Nom: _____	Prénom: _____	Titre: _____
Faculté: _____	Département: _____	Édifice: _____ Pièce: _____
Courriel: _____	Tél. ou poste: _____	Fax: _____

SECTION 1: ÉQUIPEMENT LASER

	Fabricant	Modèle	N° du modèle	N° de série	Lieu	Type de laser	Classe
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

SECTION 2: PARAMÈTRES D'USAGE

	Mode	Longueur d'onde (nm)	Puissance ou Énergie	Propriétés du faisceau [†]	Durée [*] d'impulsion	Taux de [*] répétition (Hz)	Temps entre et N° d'impulsions [‡]
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

* Seulement dans le cas d'un laser à impulsion; sinon, indiquez S.O.

† Faisceau ouvert: 1^{ière} Colonne: Dimensions (1/e² en mm); 2^{ième} Colonne: Divergence (mrad)
Couplage dans une fibre: 1^{ière} Colonne: "Unimodale" or "Multimodale"; 2^{ième} Colonne: NA. (UM ou MM) ou Diamètre du mode (UM)
Couplage dans une lentille: 1^{ière} Colonne: "Lentille"; 2^{ième} Colonne: Distance focale (mm)

‡ Seulement dans le case d'un laser "Burst Mode" lasers; sinon, indiquez S.O.

SECTION 3: PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ LASER

Précautions pour minimiser une exposition potentielle	Oui	S.O.	À commander	Commandé
Boîte de protection avec verrouillage automatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rideaux, barrières et/ou bordures de table de protection pour laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrières avec traitement de surface adéquat (anodisés / métaux sablés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blocage, décharge de faisceau (contrôle du faisceau pendant l'alignement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outils de visualisation de faisceau (cartes fluorescentes, lunettes de visualisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portes du laboratoire verrouillées (clé / code de sécurité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avertissement sonore / visuel (Classe 3B ou 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubes à faisceaux (entre les tables optiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affiches de sécurité laser (selon la norme ANSI Z136.1 actuelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan du laboratoire indiquent l'emplacement des lasers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contact sécurité laser au laboratoire:		Cette personne est responsable de: <i>(cochez tout ce qui s'applique – les éléments non-cochés indiquent que le CP s'en occupe)</i> <input type="checkbox"/> Contact avec BGR <input type="checkbox"/> Formation sur la sécurité en labo <input type="checkbox"/> Supervision des étudiants dans le labo <input type="checkbox"/> Vérification des expériences en labo
Nom: _____	Prénom: _____	
Poste: _____	Tél. ou poste: _____	
Courriel: _____	Autre Tél.: _____	

SECTION 4: LUNETTES DE PROTECTION LASER

	Fabricant	N° de série	Longueur d'onde (nm) & Densité optique (OD)	Quantité
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

SECTION 5: PROCEDURES D'OPÉRATIONS NORMALISÉES (PONs / SOPs)

- Annexées à cette demande
- Seront mise en place avant (date) _____ Date: _____

SECTION 6: DÉCRIVEZ L'USAGE PRÉVU DES LASERS ET TOUTE PRÉOCCUPATION PARTICULIÈRE**DÉCLARATION ET SIGNATURE**

Je comprends que l'obtention d'un permis pour émetteur laser dépend de ma conformité au programme de sécurité laser de l'Université d'Ottawa. Je connais parfaitement les dangers possibles associés aux systèmes laser indiqués ci-dessus, et je certifie qu'au mieux de mes connaissances les renseignements fournis dans le présent document sont exacts. Je comprends que la demande doit être remplie avant qu'un permis puisse être délivré.

Signature du demandeur

Date