Nom, prénom, initiales

Laboratoire, équipe :

Date d’évaluation :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères d’évaluation** | **Acquis** | **Non acquis** |
| Retrait spontané des objets métalliques (téléphone, clefs…) |  |  |
| Conduite à tenir en cas de déclenchement de l’alarme d’anoxie |  |  |
| Connaissance de la couleur de bouchons assignée à son laboratoire |  |  |
| Connaissance de l’interface graphique des positions (code couleur des positions) |  |  |
| Tubes trop longs interdits |  |  |
| Choix de la position sur le carrousel (proximité par rapport à la position actuelle) |  |  |
| Manipulation du spinneur (position des doigts) |  |  |
| Nettoyage du tube avant insertion dans le spinneur |  |  |
| Sécurité de la calibration  |  |  |
| Confiance dans ses actes (rapidité, certitude…) |  |  |
| Connaissance des possibilités propres au mode passeur (expériences réalisables, paramètres modifiables…) |  |  |
| Connaissance des critères d’obtention d’un bon spectre : rôle des shims, hauteur de solvant, présence de particules |  |  |
| Protocole lors du retrait de tubes d'autrui analysés pour libérer des position sur le passeur (récipients prévus)  |  |  |

Observation de l’évaluateur :

***- Habilitation à l’utilisation des spectromètres RMN -***

Je soussigné (NOM Prénom) :       Initiales :

Atteste ne porter aucun appareillage médical incompatible avec l’utilisation des spectromètres RMN (stimulateur cardiaque, prothèse métallique, pompe à insuline, prothèses auditives, …). L’INRS stipule également qu’il est fortement déconseillé aux femmes enceintes de s’approcher des spectromètres. En cas de doute, se renseigner impérativement auprès du personnel du Centre Commun de RMN.

Je certifie, en outre, avoir été informé(e) des risques liés à l’utilisation de spectromètres RMN (présence de champs magnétiques intenses) : les objets métalliques ou magnétiques (tels que pinces, spatules, téléphones portables, badges magnétiques, cartes de crédit, montres, pièces de monnaie, …) ne doivent en aucun cas se trouver à l’intérieur de la ligne des 5 Gauss des spectromètres. Le Centre Commun de RMN ne pourra être tenu pour responsable des dommages matériels résultant du non-respect de ces règles.

J’ai également pris connaissance du règlement de l’université Lyon1 concernant les horaires de travail (8h-19h du lundi au vendredi) qui s’appliquent aussi au CCRMN

Je m’engage à citer le CCRMN dans les remerciements des publications qui s’appuient sur des spectres qui y sont réalisés. En cas d’implication importante d’un personnel du CCRMN dans un sujet de recherche, je m’engage à l’associer comme co-auteur des publications qui en découleront.

Je m’engage à respecter toutes les instructions qui me seront données par le personnel du CCRMN pour l’utilisation des spectromètres.

Statut :

[ ]  Master (préciser le nom de l’encadrant)

[ ]  Doctorant (préciser le nom de l’encadrant)

[ ]  Post-doctorant (préciser le nom de l’encadrant)

[ ]  Personnel permanent (préciser le statut : CR, MC, DR, IR, IE, AI, technicien, …)

[ ]  Autre (préciser)

Dates de début et fin de contrat :

Laboratoire :       équipe

Je certifie avoir pris connaissance du présent document et m’engage à respecter les règles d’utilisation des spectromètres du Centre Commun de RMN UCBL – ESCPE

Date / / signature