



RELATÓRIO DE ENSAIO CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 1 de 4

REL Nº:CMM312

01| CONTRATANTE

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO JOSE DE JARAGUA DO SUL

CNPJ: 12.846.027/0001-89

Nome Fantasia: Hospital São José

Endereço: R WALDEMIRO MAZURECHEN, 80, CENTRO, JARAGUA DO SUL,

CEP:89.251-830

DATA: 2021-03-16 13:26:01

02| EQUIPAMENTO AVALIADO

Procedimento Avaliado: Controle Semanal de Tomografia Sala: Tomografia								
Equipamento	MARCA	MODELO	Nº SÉRIE		PATRIMÔMIO			
	PHILIPS	Brilliance 16	2077					

03| PADRÕES UTILIZADOS

Os ensaios foram realizados com os simuladores fornecidos pelo fabricante do aparelho de tomografia.

04| METODOLOGIA

Os ensaios foram realizados baseando-se no procedimento de ensaio interno N^{o} PE-001 Revisão 001.

OBSERVAÇÃO:

A incerteza expandida de medição relatada e declarada como a incerteza padrão de medição multiplicada pelo fator de abrangência k=2, o qual para uma distribuição t com graus de liberdades efetivas (veff = infinito), corresponde a uma probabilidade de abrangência de aproximadamente 95%. A incerteza de medição foi determinada de acordo com a publicação EA-4/02.

Este relatório só deve ser reproduzido por completo. A reprodução em partes só é permitida mediante autorização por escrito da Safety Soluções em Radioproteção. Os resultados apresentados neste relatório de ensaio referem-se exclusivamente aos corpos de prova (equipamentos) avaliados, nas condições especificadas. Este relatório atende os requisitos estabelecidos pela norma NBR ISO/IEC 17025.



- **(** +
 - +55 (48) 3181-0368
- contato@safetyrad.com.br | www.safetyrad.com.br
- R. Soldado Abelardo Mendonça Sobrinho, 211, Sala 02, Carvalho, Itajai, SC, CEP 88307-620





RELATÓRIO DE ENSAIO CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 2 de 4

REL Nº:CMM312

A | VALOR INDICADO DO Nº DE CT

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância: -1000 ± 5 (ar) e 0 ± 5 (água)

Nível de Restrição/Suspenção: > -990 ou < -1010(ar) e >10 ou < -10 (água)

Resolução Normativa Nº002/DIVS/SES de 18/05/2015, Tabela 6.

Resolução de Diretoria Colegiada nº 330, 20 de dezembro de 2019, ANVISA.

B | UNIFORMIDADE DO Nº DE CT

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância: Desvio ≤ 5UH

Nível de Restrição/Suspenção: Desvio: >10UH

Resolução Normativa Nº002/DIVS/SES de 18/05/2015, Tabela 6.

Resolução de Diretoria Colegiada nº 330, 20 de dezembro de 2019, ANVISA.

C | RUIDO

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância: ≤ 15% do valor de referência Nível de Restricão/Suspencão: >20%

Resolução Normativa Nº002/DIVS/SES de 18/05/2015, Tabela 6.

Resolução de Diretoria Colegiada nº 330, 20 de dezembro de 2019, ANVISA.

Corte na água

	Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT
		100.00	12h	0.81	4.21	0.45			
	CRÂNIO 1	100.00	3h	1.01	4.08	0.65			
		100.00	Central	0.36	4.35	0.00	0.43	Conforme	Conforme
		100.00	6h	1.01	4.08	0.65	0.10		
		100.00	9h	0.74	4.23	0.38			



- +55 (48) 3181-0368
- contato@safetyrad.com.br | www.safetyrad.com.br
- R. Soldado Abelardo Mendonça Sobrinho, 211, Sala 02, Carvalho, Itajai, SC, CEP 88307-620





RELATÓRIO DE ENSAIO

Página 3 de 4

CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

REL Nº:CMM312

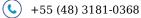
Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT
	100.00	12h	-1.58	14.41	0.56			
	100.00	3h	-1.91	13.63	0.23	1.44	44 Conforme	Conforme
ABDÔMEN	100.00	Central	-2.14	14.35	0.00			
	100.00	6h	-1.91	13.63	0.23			
	100.00	9h	-1.56	13.64	0.58			

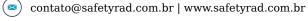
Corte no ar

	Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT
		100.00	12h	-1001.26	0.52	0.14	0.06		
	CRÂNIO	100.00	3h	-1001.11	0.52	0.29		6 Conforme	Conforme
		100.00	Central	-1001.40	0.62	0.00			
		100.00	6h	-1001.11	0.52	0.29			
		100.00	9h	-1001.31	0.53	0.09			

Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT	
	100.00	12h	-1001.64	0.93	-0.11				
	100.00	3h	-1001.76	1.04	-0.23	0.10			
ABDÔMEN	100.00	Central	-1001.53	1.01	0.00		0.10	Conforme	Conforme
	100.00	6h	-1001.76	1.04	-0.23	0,10			
	100.00	9h	-1001.68	0.90	-0.15				







R. Soldado Abelardo Mendonça Sobrinho, 211, Sala 02, Carvalho, Itajai, SC, CEP 88307-620





RELATÓRIO DE ENSAIO

Página 4 de 4

CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

REL Nº:CMM312

C | PARECER TÉCNICO

Segundo a Resolução Normativa N° 002/DIVS/SES (ERRATA Publicada no DOE/SC N° 20.654 de 13/11/2017) e RDC 330 ANVISA de 20 de dezembro de 2019 todos os testes realizados apresentaram conformidade. Sendo assim o equipamento avaliado pode operar com legitima observação e cuidados no que se refere a radioproteção.

OBSERVAÇÕES:

- 1) A validade do relatório é de 1 semana:
- 2) O Responsável deve manter o relatório arquivado e a disposição da autoridade sanitária local;

Renato Dantônio Paciência Físico Biomolecular Especialista em Física Médica Supervisor em Radioproteção CNEN MN 0351



