



# RELATÓRIO DE ENSAIO CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 1 de 4

REL Nº:CMM415

#### 01| CONTRATANTE

Razão Social: IMAGEM-CLINICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA

CNPJ: 02.073.222/0001-60

Nome Fantasia: XMEDI

Endereço: Rua Santos Dumont, 339, Cidade Nova, Porto União - SC, CEP:89400-000

DATA: 2021-07-03 08:39:24

#### 02| EQUIPAMENTO AVALIADO

Procedimento A	ografia Sala	Sala: Tomografia		
Equipamento	MARCA	MODELO	Nº SÉRIE	PATRIMÔMIO
Equipamento	TOSHIBA	Aquilion CX	HCB 1033758	-

# 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 Nº 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.

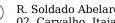




+55 (48) 3181-0368



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:CMM415

#### A | VALOR INDICADO DO Nº DE CT

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância:  $-1000 \pm 5$  (ar) e  $0 \pm 5$  (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%

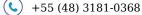
Resolução Normativa  $N^{\circ}002/DIVS/SES$  de 18/05/2015, Tabela 6.

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			
	580.00	12h	-0.40	6.00	0.60	0.68					
	580.00	3h	-1.60	5.50	-0.60						
CRÂNIO	580.00	Central	-1.00	6.80	0.00		Conforme	Conforme			
	580.00	6h	-1.90	5.50	-0.90		0.00				
	580.00	9h	-1.20	6.10	-0.20						







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:CMM415

Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT		
	1034.4	12h	0.80	9.70	3.60	1.42				
	1034.4	3h	-0.30	11.70	2.50					
ABDÔMEN	1034.4	Central	-2.80	14.20	0.00		Conforme	Conforme		
	1034.4	6h	-1.60	12.90	1.20					
	1034.4	9h	-0.70	11.80	2.10					

#### Corte no ar

Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT		
		12h			0.00	0.00				
		3h			0.00					
CRÂNIO		Central			0.00		Conforme	Conforme		
		6h			0.00					
		9h			0.00					

Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT			
		12h			0.00	0.00					
		3h			0.00						
ABDÔMEN		Central			0.00		Conforme	Conforme			
		6h			0.00						
		9h			0.00						

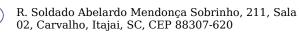




+55 (48) 3181-0368



 $contato@safetyrad.com.br \mid www.safetyrad.com.br$ 







# RELATÓRIO DE ENSAIO CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 4 de 4

REL Nº:CMM415

# 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



