

# RELATÓRIO DE ENSAIO

## CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 1 de 4

REL Nº:CMM303

### 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
<b>DATA: 2021-03-03 17:45:01</b>

### 02| EQUIPAMENTO AVALIADO

Procedimento Avaliado: Controle Semanal de Tomografia			Sala: Tomografia	
Equipamento	MARCA	MODELO	Nº SÉRIE	PATRIMÔNIO
	PHILIPS - TOMO RADIOTERAPIA	MX 6000 Dual	EPDHMN12000 1	

### 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 ( $v_{eff} = \infty$ ), 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.





# RELATÓRIO DE ENSAIO

## CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 2 de 4

REL Nº:CMM303

### 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/Suspensão:  $> -990$  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  $\leq 5UH$ Nível de Restrição/Suspensão: 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:  $\leq 15\%$  do valor de referênciaNível de Restrição/Suspensão:  $>20\%$ 

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 (mm <sup>2</sup> )	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT
CRÂNIO	405.31	12h	-1.98	6.04	-1.25	0.64	<b>Conforme</b>	<b>Conforme</b>
	405.31	3h	-1.86	5.64	-1.13			
	405.31	Central	-0.73	6.37	0.00			
	405.31	6h	-1.71	5.53	-0.98			
	405.31	9h	-1.63	5.68	-0.90			

 +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 3 de 4

REL Nº:CMM303

Protocolo	Área (mm <sup>2</sup> )	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT
ABDÔMEN	405.31	12h	1.47	4.15	2.96	0.38	<b>Conforme</b>	<b>Conforme</b>
	405.31	3h	0.95	3.70	2.44			
	405.31	Central	-1.49	3.83	0.00			
	405.31	6h	1.66	3.66	3.15			
	405.31	9h	0.51	3.87	2.00			

### Corte no ar

Protocolo	Área (mm <sup>2</sup> )	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT
CRÂNIO	370.97	12h	-1000.16	1.02	0.49	0.11	<b>Conforme</b>	<b>Conforme</b>
	370.97	3h	-1000.79	1.91	-0.14			
	370.97	Central	-1000.65	1.11	0.00			
	370.97	6h	-1000.72	1.08	-0.07			
	370.97	9h	-1000.19	1.06	0.46			

Protocolo	Área (mm <sup>2</sup> )	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT
ABDÔMEN	370.97	12h	-1000.58	0.56	0.40	0.07	<b>Conforme</b>	<b>Conforme</b>
	370.97	3h	-1000.62	0.56	0.36			
	370.97	Central	-1000.98	0.68	0.00			
	370.97	6h	-1000.56	0.56	0.42			
	370.97	9h	-1000.58	0.58	0.40			





# RELATÓRIO DE ENSAIO

## CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 4 de 4

REL Nº:CMM303

### 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**

