



RELATÓRIO DE ENSAIO CONTROLE DE QUALIDADE SEMANAL DE TOMOGRAFIA

Página 1 de 4

REL Nº:CMM420

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: 2021-07-06 17:45:02

02| EQUIPAMENTO AVALIADO

Procedimento Avaliado: Controle Semanal de Tomografia Sala: Tomografia								
Equipamento	MARCA	MODELO	Nº SÉRIE		PATRIMÔMIO			
Equipamento	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 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:CMM420

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 $N^{\circ}002/DIVS/SES$ 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	
	100.00	12h	1.16	5.35	0.25				
	100.00	3h	1.01	5.03	0.10				
CRÂNIO	100.00	Central	0.91	5.09	0.00	0.51	Conforme	Conforme	
	100.00	6h	1.01	5.03	0.10	0,01			
	100.00	9h	0.91	4.85	0.00				



- **(** +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:CMM420

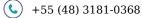
Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT		
	100.00	12h	-1.43	13.56	0.43					
	100.00	3h	-1.64	14.07	0.22					
ABDÔMEN	100.00	Central	-1.86	14.71	0.00	1.47	Conforme	Conforme		
	100.00	6h	-1.64	14.07	0.22	1.1,		_,_,		
	100.00	9h	-1.13	14.29	0.73					

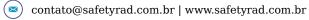
Corte no ar

Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT		
	100.00	12h	-1001.19	0.52	0.11					
	100.00	3h	-1001.11	0.59	0.19					
CRÂNIO	100.00	Central	-1001.30	0.62	0.00	0.06	Conforme	Conforme		
	100.00	6h	-1001.11	0.59	0.19	0.00				
	100.00	9h	-1001.15	0.53	0.15					

	Protocolo	Área (mm²)	Posição	Nº de CT	Desvio Padrão	Uniformidade Nº CT	Ruído	Resultado Ruído	Resultado da Uniformidade do Nº CT		
Ī		100.00	12h	-1002.02	1.42	-0.03					
		100.00	3h	-1002.06	1.43	-0.07					
	ABDÔMEN	100.00	Central	-1001.99	1.38	0.00	0.14	Conforme	Conforme		
		100.00	6h	-1002.06	1.43	-0.07	0.11	0.11	0.11		
		100.00	9h	-1002.08	1.43	-0.09					







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:CMM420

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







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