**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: 2020-03-02 07:36:56** |

**02| EQUIPAMENTO AVALIADO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedimento Avaliado: Controle Semanal de Tomografia | | | | Sala: Raio X | |
| Equipamento | **MARCA** | **MODELO** | **Nº SÉRIE** | | **PATRIMÔMIO** |
| TOSHIBA | ALEXION | 1NE1512073 | |  |

**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.

**A | RUIDO E EXATIDÃO DO Nº DE CT**

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância Exatidão: Uniformidade do nº de CT Teste de aceitação, semanal ou após reparos. Desvio ≤ 5UH >10UH -

Tolerância Ruído: ≤ 15% do valor de referência. > 20%

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

**Corte na água**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| CRÂNIO | 647.90 | 12h | 0.40 | 8.30 | 0.30 | 0.01 | **Conforme** | **Conforme** |
| 647.90 | 3h | 0.60 | 9.10 | 0.50 | 0.01 |
| 647.90 | Central | 0.10 | 9.30 | 0.00 | 0.01 |
| 647.90 | 6h | 1.00 | 8.80 | 0.90 | 0.01 |
| 647.90 | 9h | 0.80 | 8.50 | 0.70 | 0.01 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 1260.90 | 12h | 0.60 | 26.40 | 0.00 |  |  |  |
| 1260.90 | 3h | 1.40 | 26.00 | 0.80 |  |
| 1260.90 | Central | 0.60 | 24.10 | 0.00 |  |
| 1260.90 | 6h | 1.40 | 26.20 | 0.80 |  |
| 1260.90 | 9h | 0.70 | 26.40 | 0.10 |  |

**Corte na ar**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| CRÂNIO | 647.90 | 12h | -1001.90 | 1.10 | -0.20 | -100.17 |  | **Conforme** |
| 647.90 | 3h | -1001.70 | 1.10 | 0.00 | -100.17 |
| 647.90 | Central | -1001.70 | 1.20 | 0.00 | -100.17 |
| 647.90 | 6h | -1001.40 | 1.30 | 0.30 | -100.17 |
| 647.90 | 9h | -1001.70 | 1.20 | 0.00 | -100.17 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 1260.90 | 12h | -1001.10 | 2.70 | 0.30 |  |  |  |
| 1260.90 | 3h | -999.80 | 2.70 | 1.60 |  |
| 1260.90 | Central | -1001.40 | 1.60 | 0.00 |  |
| 1260.90 | 6h | -999.30 | 2.90 | 2.10 |  |
| 1260.90 | 9h | -1000.30 | 2.60 | 1.10 |  |

**B | VALOR INDICADO DO Nº DE CT (FABRICANTE)**

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância: LINHA DE BASE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Material | Nº de CT  Referência | Nº de CT  Medido | Desvio  Padrão | Resultado  Padrão Fabricante |
| PHANTOM | Ar | -975 a -1015 | -994.70 | 9.80 |  |
| Delrin | 330 a 350 | 332.70 | 12.60 |  |
| Acrílico | 120 a 140 | 128.80 | 12.20 |  |
| Nylon | 90 a 110 | 96.60 | 11.80 |  |
| Polipropileno | -95 a -115 | -107.70 | 10.60 |  |

**C | PARECER TÉCNICO**

Segundo a Resolução Normativa N° 002/DIVS/SES (ERRATA Publicada no DOE/SC N° 20.654 de 13/11/2017), 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;

3) Manter a limpeza dos IP’s conforme orientação do fabricante.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Renato Dantônio Paciência**

**Físico Biomolecular**

**Especialista em Física Médica**

**Supervisor em Radioproteção CNEN MN 0351**