**01| CONTRATANTE**

|  |
| --- |
| Razão Social: INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONARIAS DE MARIA IMACULADA |
| CNPJ: 60.194.990/0022-00 |
| Nome Fantasia: HOSPITAL MARIETA |
| Endereço: Av Coronel Marcos Konder, 1111 , Centro, Itajaí - SC, CEP:88301-303 |
| **DATA: 2020-07-21 10:05:04** |

**02| EQUIPAMENTO AVALIADO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedimento Avaliado: Controle Semanal de Tomografia | | | | Sala: Tomografia | |
| Equipamento | **MARCA** | **MODELO** | **Nº SÉRIE** | | **PATRIMÔMIO** |
| TOSHIBA | Aquilion Lighting | 7YC1932379 | | - |

**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 | 650.80 | 12h | -1.05 | 23.29 | -1.24 | 0.02 | **Conforme** | **Conforme** |
| 650.80 | 3h | -1.15 | 22.44 | -1.34 | 0.02 |
| 650.80 | Central | 0.19 | 22.81 | 0.00 | 0.02 |
| 650.80 | 6h | -1.07 | 23.15 | -1.26 | 0.02 |
| 650.80 | 9h | -0.12 | 22.22 | -0.31 | 0.02 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 1256.90 | 12h | 1.75 | 27.81 | 0.85 |  |  |  |
| 1256.90 | 3h | 1.05 | 28.87 | 0.15 |  |
| 1256.90 | Central | 0.90 | 30.27 | 0.00 |  |
| 1256.90 | 6h | 2.41 | 28.50 | 1.51 |  |
| 1256.90 | 9h | 2.27 | 28.48 | 1.37 |  |

**Corte no ar**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| CRÂNIO | 650.80 | 12h | -1000.90 | 1.47 | 1.63 | -100.25 |  | **Conforme** |
| 650.80 | 3h | -1001.72 | 1.47 | 0.81 | -100.25 |
| 650.80 | Central | -1002.53 | 1.42 | 0.00 | -100.25 |
| 650.80 | 6h | -1001.88 | 1.59 | 0.65 | -100.25 |
| 650.80 | 9h | -1001.08 | 1.48 | 1.45 | -100.25 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 1256.90 | 12h | -1000.41 | 1.92 | 1.85 |  |  |  |
| 1256.90 | 3h | -1000.78 | 1.97 | 1.48 |  |
| 1256.90 | Central | -1002.26 | 1.71 | 0.00 |  |
| 1256.90 | 6h | -999.60 | 1.97 | 2.66 |  |
| 1256.90 | 9h | -999.77 | 1.97 | 2.49 |  |

**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 | -992.81 | 8.57 |  |
| Delrin | 330 a 350 | 336.20 | 11.96 |  |
| Acrílico | 120 a 140 | 125.71 | 11.80 |  |
| Nylon | 90 a 110 | 95.47 | 11.19 |  |
| Polipropileno | -95 a -115 | -105.65 | 10.29 |  |

**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**