**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: 2020-08-31 21:56:11** |

**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 | 903.30 | 12h | -0.75 | 22.58 | -0.09 | -0.07 | **Conforme** | **Conforme** |
| 903.30 | 3h | -1.38 | 22.59 | -0.72 | -0.07 |
| 903.30 | Central | -0.66 | 23.42 | 0.00 | -0.07 |
| 903.30 | 6h | -0.79 | 22.98 | -0.13 | -0.07 |
| 903.30 | 9h | -0.45 | 22.10 | 0.21 | -0.07 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 913.60 | 12h | 3.05 | 29.94 | 1.85 |  |  |  |
| 913.60 | 3h | 1.80 | 30.43 | 0.60 |  |
| 913.60 | Central | 1.20 | 30.01 | 0.00 |  |
| 913.60 | 6h | 3.06 | 29.39 | 1.86 |  |
| 913.60 | 9h | 2.91 | 28.69 | 1.71 |  |

**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 | 903.30 | 12h | -1000.89 | 1.49 | 2.11 | -100.30 |  | **Conforme** |
| 903.30 | 3h | -1001.60 | 1.52 | 1.40 | -100.30 |
| 903.30 | Central | -1003.00 | 1.44 | 0.00 | -100.30 |
| 903.30 | 6h | -1001.61 | 1.67 | 1.39 | -100.30 |
| 903.30 | 9h | -1000.58 | 1.53 | 2.42 | -100.30 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 913.60 | 12h | -1000.58 | 1.72 | 1.76 |  |  |  |
| 913.60 | 3h | -1000.59 | 1.73 | 1.75 |  |
| 913.60 | Central | -1002.34 | 1.77 | 0.00 |  |
| 913.60 | 6h | -1000.23 | 1.79 | 2.11 |  |
| 913.60 | 9h | -999.87 | 1.79 | 2.47 |  |

**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 | -993.68 | 10.14 |  |
| Delrin | 330 a 350 | 331.78 | 13.15 |  |
| Acrílico | 120 a 140 | 124.17 | 12.82 |  |
| Nylon | 90 a 110 | 93.06 | 12.23 |  |
| Polipropileno | -95 a -115 | -108.56 | 11.42 |  |

**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**