**01| CONTRATANTE**

|  |
| --- |
| Razão Social: HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CONSUL CARLOS RENAUX |
| CNPJ: 82.986.985/0001-30 |
| Nome Fantasia: Hospital Azambuja |
| Endereço: Rua Azambuja, 1089 , Azambuja, Brusque/SC, CEP:88.359-321 |
| **DATA: 2020-09-05 11:34:02** |

**02| EQUIPAMENTO AVALIADO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedimento Avaliado: Controle Semanal de Tomografia | | | | Sala: Tomografia | |
| Equipamento | **MARCA** | **MODELO** | **Nº SÉRIE** | | **PATRIMÔMIO** |
| TOSHIBA | Alexion | 1WE1542074 | | CT 01 |

**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 | 596.90 | 12h | 2.40 | 4.80 | 0.40 | 0.20 | **Conforme** | **Conforme** |
| 596.90 | 3h | 1.50 | 4.50 | -0.50 | 0.20 |
| 596.90 | Central | 2.00 | 6.10 | 0.00 | 0.20 |
| 596.90 | 6h | 0.70 | 4.00 | -1.30 | 0.20 |
| 596.90 | 9h | 1.60 | 4.60 | -0.40 | 0.20 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 924.90 | 12h | 3.70 | 10.10 | 3.50 |  |  |  |
| 924.90 | 3h | 1.80 | 10.60 | 1.60 |  |
| 924.90 | Central | 0.20 | 12.40 | 0.00 |  |
| 924.90 | 6h | 2.00 | 11.00 | 1.80 |  |
| 924.90 | 9h | 2.70 | 10.20 | 2.50 |  |

**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 | 596.90 | 12h | -1002.90 | 0.90 | 1.00 | -100.39 |  | **Conforme** |
| 596.90 | 3h | -1003.70 | 1.00 | 0.20 | -100.39 |
| 596.90 | Central | -1003.90 | 1.20 | 0.00 | -100.39 |
| 596.90 | 6h | -1003.30 | 1.00 | 0.60 | -100.39 |
| 596.90 | 9h | -1003.60 | 1.00 | 0.30 | -100.39 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 924.90 | 12h | -1000.70 | 1.00 | 0.90 |  |  |  |
| 924.90 | 3h | -998.60 | 1.00 | 3.00 |  |
| 924.90 | Central | -1001.60 | 1.20 | 0.00 |  |
| 924.90 | 6h | -1001.10 | 1.10 | 0.50 |  |
| 924.90 | 9h | -1001.60 | 1.00 | 0.00 |  |

**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 | -1001.60 | 9.90 |  |
| Delrin | 330 a 350 | 321.40 | 12.60 |  |
| Acrílico | 120 a 140 | 134.40 | 12.30 |  |
| Nylon | 90 a 110 | 97.90 | 11.90 |  |
| Polipropileno | -95 a -115 | -105.70 | 11.30 |  |

**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**