**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: 2020-09-08 08:51:45** |

**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 | 647.90 | 12h | -0.49 | 24.12 | 0.19 | -0.07 | **Conforme** | **Conforme** |
| 647.90 | 3h | -1.06 | 23.90 | -0.38 | -0.07 |
| 647.90 | Central | -0.68 | 24.21 | 0.00 | -0.07 |
| 647.90 | 6h | -1.35 | 23.09 | -0.67 | -0.07 |
| 647.90 | 9h | -0.98 | 23.83 | -0.30 | -0.07 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 1.53 | 28.86 | 0.74 |  |  |  |
| 1256.90 | 3h | 1.55 | 27.41 | 0.76 |  |
| 1256.90 | Central | 0.79 | 30.07 | 0.00 |  |
| 1256.90 | 6h | 2.11 | 27.86 | 1.32 |  |
| 1256.90 | 9h | 2.35 | 28.99 | 1.56 |  |

**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 | 647.90 | 12h | -1001.59 | 1.43 | 1.98 | -100.36 |  | **Conforme** |
| 647.90 | 3h | -1002.38 | 1.41 | 1.19 | -100.36 |
| 647.90 | Central | -1003.57 | 1.52 | 0.00 | -100.36 |
| 647.90 | 6h | -1002.04 | 1.69 | 1.53 | -100.36 |
| 647.90 | 9h | -1001.68 | 1.57 | 1.89 | -100.36 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | -1000.27 | 2.10 | 2.14 |  |  |  |
| 1256.90 | 3h | -1000.55 | 1.92 | 1.86 |  |
| 1256.90 | Central | -1002.41 | 1.72 | 0.00 |  |
| 1256.90 | 6h | -999.79 | 1.90 | 2.62 |  |
| 1256.90 | 9h | -999.75 | 1.95 | 2.66 |  |

**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 | -994.33 | 9.69 |  |
| Delrin | 330 a 350 | 332.06 | 12.70 |  |
| Acrílico | 120 a 140 | 123.76 | 11.51 |  |
| Nylon | 90 a 110 | 92.75 | 11.82 |  |
| Polipropileno | -95 a -115 | -108.99 | 10.27 |  |

**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**