**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: 2021-03-12 07:50:10** |

**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 | VALOR INDICADO DO Nº DE CT**

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância: - 1000 ± 5 (ar) e 0 ± 5 (água)

Nível de Restrição/Suspenção: > -990 ou < -1010(ar) e >10 ou < -10 (água)

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

Resolução de Diretoria Colegiada nº 330, 20 de dezembro de 2019, ANVISA.

**B | UNIFORMIDADE DO Nº DE CT**

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância: Desvio ≤ 5UH

Nível de Restrição/Suspenção: Desvio: >10UH

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

Resolução de Diretoria Colegiada nº 330, 20 de dezembro de 2019, ANVISA.

**C | RUIDO**

Periodicidade: Teste de aceitação, semanal ou após reparos.

Tolerância: ≤ 15% do valor de referência

Nível de Restrição/Suspenção: >20%

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

Resolução de Diretoria Colegiada nº 330, 20 de dezembro de 2019, ANVISA.

**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 | 460.60 | 12h | -0.86 | 24.32 | 1.17 | 2.32 | **Conforme** | **Conforme** |
| 460.60 | 3h | -1.59 | 24.54 | 0.44 |
| 460.60 | Central | -2.03 | 23.19 | 0.00 |
| 460.60 | 6h | -2.83 | 24.19 | -0.80 |
| 460.60 | 9h | -1.56 | 23.90 | 0.47 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 893.60 | 12h | 1.03 | 28.10 | 1.60 | 3.01 | **Conforme** | **Conforme** |
| 893.60 | 3h | 2.12 | 28.06 | 2.69 |
| 893.60 | Central | -0.57 | 30.09 | 0.00 |
| 893.60 | 6h | 2.39 | 28.42 | 2.96 |
| 893.60 | 9h | 1.40 | 29.02 | 1.97 |

**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 | 462.70 | 12h | -1000.54 | 1.43 | 3.56 | 0.17 | **Conforme** | **Conforme** |
| 462.70 | 3h | -1002.81 | 1.55 | 1.29 |
| 462.70 | Central | -1004.10 | 1.71 | 0.00 |
| 462.70 | 6h | -1004.45 | 1.46 | -0.35 |
| 462.70 | 9h | -1002.48 | 1.72 | 1.62 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Protocolo | Área (mm2) | Posição | Nº de CT | Desvio  Padrão | Uniformidade  Nº CT | Ruído | Resultado  Ruído | Resultado da  Uniformidade  do Nº CT |
| ABDÔMEN | 893.60 | 12h | -1000.95 | 2.04 | 2.56 | 0.18 | **Conforme** | **Conforme** |
| 893.60 | 3h | -1001.13 | 1.94 | 2.38 |
| 893.60 | Central | -1003.51 | 1.76 | 0.00 |
| 893.60 | 6h | -1000.07 | 1.74 | 3.44 |
| 893.60 | 9h | -999.96 | 1.92 | 3.55 |

**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**